Nr. 36. 7. września 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Feliks SKUBISZEWSKI, asyst. klin. Warszawa.

Zapalenie wielonerwowe na tle urazu porodowego i zatrucia ciążowego*).

Z Kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. K. Orzechowski.

Ze stanami ciąży, porodu i połogu wiążą się zapalenia mnogich nerwów obwodowych, które Hösslin i Pineles, wedle czynnika przyczynowego, zestawiają w następujące grupy:

1. *neuritis puerperalis traumatica (ex partu),* 2. *neuritis toxica gravidarum et puerperalis,* 3. *neuritis puerperalis postinfectiosa,* 4. *neuritis puerperalis per contiguitatem* (w sprawach zapalnych ropnych, toczących się w miednicy, w sąsiedztwie splotów krzyżowych) i wreszcie 5. *neuritis puerperalis lumbalis peracuta* (postać L. Meyera i Haucha, stosunkowo najmniej jeszcze znana).

Treścią niniejszej pracy będzie omówienie tylko czynnika ciążowego i urazowo-porodowego w powstawaniu zapaleń wielonerwowych. Ugrupowywanie zapaleń wielonerwowych ściśle wedle pewnego czynnika etjologicznego ma jednak wartość tylko orjentacyjną, gdyż obserwacje nasze kliniczne pouczają, że można n. p. stwierdzić, obok zajęcia nerwów pochodzenia urazowego, jednocześnie zapalenie wielonerwowe (przyp. II i III), czyli że w pozornie jednolitej jednostce chorobowej ma się do czynienia naraz z dwoma czynnikami przyczynowemi — nerwowym i toksycznym. Przypadki takie pozwalają nawet na podtrzymanie poglądu, że w szczególności zapalenia nerwów urazowe mają w wielu razach mieszaną etjologję, nie wyłącznie urazową, jak się to dotąd naogół przyjmuje.

Przypadki nasze mogą również rzucić światło na złożoność t. zw. zatrucia ciążowego, które ma działać toksycznie i poza okresem ciąży. Prócz swoistego jadu ciążowego, istnieje nadto szkodliwość toksyczna w samym porodzie i połogu, choćby niepowikłanych zakażeniem. Szkodliwości te wywołują zapalenie wielonerwowe, bądź przez dodanie swego działania do wpływu ujemnego toksyn ciążowych, bądź też stwarzając tylko w nerwach warunki, usposabiające do ich zajęcia. Z tego powodu określenie porażeń, jako ciążowych, jest etjologicznie w pewnych przypadkach jednostronne, lub zgoła niewłaściwe.

Przegląd stosunków topograficznych w miednicy małej, a nadto stopień udziału w porażeniach poszczególnych nerwów obwodowych, zniewalają nas też do tłumaczenia mechanizmu i umiejscowienia urazu porodowego w odmienny sposób od zapatrywań ogólnie rozpowszechnionych.

Wymienione okoliczności usprawiedliwiają przytoczenie poniżej spostrzeżeń, dotyczących zajęcia nerwów obwodowych na tle urazu porodowego i zatrucia ciążowego, które poprzedzamy przytoczeniem przypadku porażenia nerwów dolnej kończyny, spowodowanego uciskiem splotu krzyżowego przez przechodzącą główkę płodu.

Przypadek I. Małka B., l. 26. Została przeniesiona z Kliniki Położniczej U. W. dn. 9. III. 1923 r. W ciążę zachodziła dwa razy; pierwsza zakończyła się poronieniem. Przebieg obecnej ciąży bez jakichkolwiek dolegliwości; natomiast poród był ciężki, kleszczowy, zakończony wymóżdżeniem. Następnego dnia po porodzie chora zaczęła uczuwać silne bóle w całej prawej kończynie dolnej, które też utrzymywały się przez kilka dni, miały charakter darcia, następnie nieco osłabły. Bóle te uniemożliwiały chodzenie; przy staniu zjawiały się bolesne kurcze w łydce prawej.

Stan obecny. Chora blada, źle odżywiona; budowa astemiczna. Miednica płaska. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Zaburzenia nerwowe dotyczą wyłącznie kończyny dolnej prawej. Ruchy dowolne wszędzie zachowane, jednak wyraźnie ograniczone. Lekki stopień zwiotczenia mięśni pośladkowych, udowych, a szczególniej grupy wyprostnej mięśni podudzia. Mięśnie zakresu n. strzałkowego miernie niedowładne; lekki niedowład m. trójgłowego łydki i zginaczy palców. Nadto stwierdza się nieznaczny niedowład zginaczy podudzia, oraz pewne osłabienie siły skręcania uda. Badania elektryczne wykazały częściowy OZw tylko dla niektórych mięśni zakresu n. strzałkowego i zmiany ilościowe w zakresie n. piszczelowego i zginaczy podudzia.

Czucie prawidłowe. Znaczna bolesność uciskowa nerwów kończyny zajętej; żywy objaw Lasègue'a. Wzmożenie odruchu włosowego na wewnętrznej powierzchni uda w jego górnej $^1/_3$ części. Odruchy kolanowe żywe; brak odruchu ze ścięgna pr. Achillesa.

Chora w ciągu dwutygodniowego pobytu w klinice ch. nerwowych skarżyła się jedynie na bóle w kończynie dolnej prawej; stopniowo zaczęła chodzić; w 2 miesiącach leczenia nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

W następujących dwóch przypadkach rozpoznajemy zapalenie wielonerwowe, ciążowo-porodowe.

Przypadek II. Klara Z., l. 30. Przebywała na Klinice ch. nerwowych od dn. 12. X. 1922 r. do dn. 11. I. 1923 r. Rok temu po raz pierwszy zaszła w ciążę. W pierwszym miesiącu były wymioty i nudności. W ciągu pierwszych 8 miesięcy ciąży chora cierpiała na bóle o charakterze łamiącym w kończynach górnych i dolnych, które zwykle zjawiały się lub też nasilały w nocy i były wówczas bardzo gwałtowne. W dziewiątym miesiącu bóle znacznie osłabły, natomiast zjawiało się w nodze prawej, i to zwłaszcza podczas siedzenia, uczucie drętwienia i mrowienia. Poród na Klinice położniczej bez powikłań, b. szybki, trwał 10 minut. Odbył się w położeniu czaszkowem II. W czasie porodu przykre bóle w łydce prawej.

Stan obecny. W tydzień po porodzie. Wzrost średni, odżywienie dobre, budowa prawidłowa. Miednica płaska. W zakresie kończyn górnych zaburzenia dotyczą tylko n. łokciowego lewego. Palec 5 nieco odwiedziony, a jego człon podstawny znajduje się w nadmiernem zgięciu grzbietowem. Próby Orzechowskiego wykazują niedowład odwodziciela małego palca a próba Pitresa — osłabienie dwóch głębokich zginaczy łokciowych palców. Badanie elektryczne = częściowy OZw w mięśniu międzykostnym IV-ym. Zaburzenia czucia powierzchownego w zakresie tego nerwu; osłabienie odruchu z kości łokciowej. Z dolnych kończyn dotknięta jest tylko prawa. Cała kończyna jest nieco skręcona na zewnątrz; stopa w pozycji końsko-szpotawej, a podeszwa pogłębiona. Znaczne zwiotczenie wszystkich mięśni, nadto wyraźny zanik mięśni podudzia. Wybitne niedowłady mięśni zakresu n. strzałkowego; mierny niedowład n. piszczelowego wraz ze zginaczami podudzia. Nieznaczne niedowłady mięśni z zakresu n. pośladkowego górnego i dolnego. Badanie elektryczne wykazało częściowy OZw tylko dla n. strzałkowego i piszczelowego. Czucie prawidłowe. Wyraźna bolesność uciskowa pni nerwowych oraz całej łydki; lekki objaw Lasègue'a. Odruch kolanowy lewy, żywy, prawy wzmożony; osłabienie odruchu ze ścięgna Achillesa po prawej. Dodatni objaw Babińskiego ze stopy prawej, obwodowego pochodzenia, wskutek przewagi prostownika nad zginaczem palucha. Lekkie wzmożenie odruchu włosowego na kończynie zajętej; pewne zaburzenia poto-wydzielnicze i naczynio-ruchowe na stopie.

Główną skargą chorej były bóle w nodze prawej oraz trudności chodzenia. Po 3 miesiącach pobytu w Klinice nastąpiło całkowite wyzdrowienie chorej.

Przypadek III. Leokadja S., lat 30. Przebywała na Klinice z przerwami, od dn. 6. V. 1922 r. do dn. 3. IV. 1923 r. Pierwszy poród przed 2 laty, zakończony wymóżdżeniem. Po porodzie przez pewien czas doznawała cierpnięcia w stopie lewej, która też była nieco osłabiona. W przebiegu drugiej połowy następnej ciąży doznawała bólu w łydkach i kolanach. Poród był ciężki: po 19 godzinach trwania wydobyto nieżywy płód kleszczami. W czasie porodu bardzo przykre i bolesne cierpnięcia oraz drętwienie w kończynie dolnej prawej; w tym też czasie wystąpiło cierpnięcie w kończynie górnej lewej i znaczne osłabienie siły ręki lewej. Od czasu porodu chora doznaje nieznacznych, stałych bólów w dolnej połowie podudzia i w stopie prawej, chwilami znacznie się nasilających. Po paru dniach, przy staniu niemogła zupełnie opierać się na nodze prawej; ręka lewa była obwisła, a siła jej znacznie zmniejszona.

Stan obecny. Wzrostu średniego; budowa delikatna. Wymiary miednicy prawidłowe. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Lekki stopień niedokrwistości.

*) Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. dnia 16. I. 1923 r.

W zakresie kończyn górnych zaburzenia dotyczą nerwów: promieniowego i łokciowego lewego. Ręka obwisła; przestrzenie międzykostne śródręcza pogłębione. Mięśnie obu tych nerwów wyraźnie zwiotczałe i nieco zanikłe. Mierny niedowład mięśnia trójgłowego ramienia oraz prostowników nadgarstka i palców. Znaczne upośledzenie siły mięśni międzykostnych; próba prztyczka zaledwie wykonalna. Częściowy OZw obu tych nerwów. Niewielkie zaburzenia czucia na zewnętrznej powierzchni przedramienia. Nerw promieniowy tkliwy na ucisk. Zaburzenia te po 9 tygodniach ustąpiły zupełnie.

W kończynach dolnych zaburzenia nerwowe dotyczą tylko prawej. Cała kończyna skręcona na zewnątrz, stopa w ustawieniu końsko-szpotawem. Skóra na stopie i podudziu wygładzona, lśniąca, zawilgocona, różowa; paznogcie rosną szybciej; są one nierówne, matowe na powierzchni; zmiany stawowe palucha. Bezwład mięśni zakresu n. strzałkowego. Wybitne osłabienie m. trójgłowego, łydki i zginaczy palców; mierny niedowład zginaczy podudzia i m. czterogłowego uda. Siła wszystkich mięśni zakresu st. biodrowego miernie upośledzona. Badanie elektryczne wykazało dla nerwów strzałkowego, kulszowego oraz mięśni pośladkowych i przywodziciela wielkiego całkowity OZw, zaś dla nn. piszczelowego i udowego tylko częściowy OZw.

Czucie powierzchniowe jest zniesione na zewnętrznej powierzchni podudzia i znacznie osłabione na tylnej powierzchni uda [1]). Odczyn włoso-ruchowy na tych odcinkach niewystępuje; natomiast w sąsiedztwie, a zwłaszcza na pośladku, gęsia skóra zjawia się wybitniej i powolniej ustępuje, niż po stronie zdrowej. Znaczna bolesność pni nerwowych, objaw Lasègue'a. Odruch Achillesa po stronie lewej, żywy, po prawej bardzo słaby. Odruch kolanowy lewy, prawidłowy, prawy — stale wyraźnie żywszy [2]).

Przebieg choroby. Brak gorączki. Podlegała 3 razy operacji z powodu istniejącej przetoki pęcherzowo-pochwowej, wreszcie wyleczonej. Skargi na stałe bóle w dolnej części pr. podudzia i stopie. W pewnym okresie choroby ucisk na n. strzałkowy i piszczelowy powodował żywe uczucie cierpnięcia w zakresie dotykanego nerwu. W miarę leczenia nastąpiła poprawa mięśni zakresu st. biodrowego; wtedy też chora zaczęła chodzić. Stopniowe polepszenie stwierdzano również dla nerwów najbardziej zajętych. t. j. strzałkowego i piszczelowego, jednak powolność skurczów galwanicznych nadal się utrzymywała, jedynie mięśnie stały się łatwiej pobudliwe (przy 1OMA). Opuszczając Klinikę, chora wcale dobrze chodziła, jednak wyraźnie jeszcze utykała na nogę prawą z powodu uczuwania bólu w wewnętrznej połowie stopy.

W omawianych przypadkach rozpoznać należy sprawę nerwową obwodową, ponieważ przemawia za tem u chorych II i III ściśle obwodowy charakter zaburzeń ruchowych i czuciowych w kończynach górnych. Również w kończynach dolnych stopień zaburzeń ruchowych i czuciowych u wszystkich chorych układa się w ramy poszczególnych nerwów obwodowych, przytem ciężkość zajęcia nerwów kończyny dolnej, w kolei od najmniej do najbardziej dotkniętego, przedstawia się następująco: nerw udowy, zasłonowy, kulszowy, pośladkowy górny i dolny, piszczelowy, strzałkowy. Nadto w rozpoznaniu różniczkowem należy wspomnieć o żywej bolesności uciskowej pni nerwowych i mięśni, o obj. Lasègue'a i Tinela, a wreszcie o statecznym postępie ku poprawie czynnościowej porażeń i zmian elektrycznych. Ujemny wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego, brak zależności bólów od kaszlu i kichania, przy jednoczesnej bolesności nerwów obwodowych, rozstrzygają wreszcie, że sprawa chorobowa umiejscawia się nie w korzonkach, lecz w samych pniach i ich rozgałęzieniach.

W pierwszym rzędzie nasuwa się przypuszczenie, że we wszystkich przypadkach zaburzenia nerwowe w kończynach dolnych powstały na tle ucisku, jaki wywarła na splot lędźwiowo-krzyżowy przechodząca główka. Ciężkość porodu kleszczowego u chorej I czyni to przypuszczenie prawie pewnem. Chora II w czasie porodu odczuwała tak żywe bóle w nodze prawej, że już wówczas zwracały one uwagę lekarzy. W przypadku III chora po kilku godzinach trwania porodu nie mogła utrzymać się na nogach, ponieważ kończyna prawa załamywała się w kolanie i podwijała w stopie. Brak zwyżek ciepłoty w połogu wyklucza możliwość współistnienia zajęcia splotu lędźwiowo-krzyżowego na drodze zakażenia.

Porażenie kończyn dolnych należałoby więc odnieść do *neuritis traumatica*, o ile trzymalibyśmy się kryterjów klasyfikacji Hösslina. Rzeczywiście, zależność powstania zaburzeń nerwowych od aktu porodowego tak tu uderza, że jest się skłonnym odnieść je do ucisku, jako do czynnika etjologicznego, w każdym razie najbliższego. Momentem usposabiającym jest wiek naszych chorych, około 30 lat, kiedy spojenie łonowe i stawy krzyżowo-biodrowe posiadają już w stopniu mniejszym skłonność do rozluźniania się porodowego i powiększania pojemności miednicy. Dla spowodowania nadmiernego ucisku na splot lędźwiowo-krzyżowy musi istnieć niestosunek porodowy. U dwóch naszych chorych niestosunek ten był uwarunkowany nieprawidłowemi wymiarami miednicy (miednica płaska); u chorej III zależał on od niepomiernie dużej główki dziecka przy wymiarach miednicy prawidłowych.

Dla wyjaśnienia częstości powstawania zaburzeń w zakresie poszczególnych nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego konieczne jest przejrzenie stosunków topograficznych tego splotu.

Korzonki splotu lędźwiowego, po wyjściu z otworów międzykręgowych, łączą się ze sobą i leżą w brzuścu m. lędźwiowego; stąd też sam splot może być uwidoczniony dopiero po przecięciu przyczepu tego mięśnia do trzonów kręgowych. Najgrubszy pień tego splotu, nerw udowy, w swoim przebiegu znajduje się w miednicy wielkiej, przykryty tutaj m. lędźwiowym (na ryc. 2) [3]). Nerw zasłonowy w początku swego przebiegu jest również przykryty przez m. lędźwiowy i, dopiero po skrzyżowaniu się z linją bezimienną w miednicy małej przylega na przestrzeni 3—4 cm do jej ściany bocznej (4).



Rycina I.

Dolna połowa korzonka LIV i cały LV, po połączeniu się ze sobą, tworzą t. zw. pień lędźwiowo-krzyżowy (ryc. I, 6), który zstępuje do miednicy małej przez linję bezimienną z boku od wzgórka i leży przeważnie na części bocznej kości krzyżowej. Na zewnątrz od pnia lędźwiowo-krzyżowego zwykle nawet kryjąc się pod nim, leży nerw pośladkowy górny (5), który przegina się przez linję bezimienną i wcho-

[1]) W ten sposób stwierdziliśmy zaburzenia w zakresie n. skórnego tylnego uda, o którego zajęciu nie znaleźliśmy wzmianki w piśmiennictwie porażeń splotowych porodowych.

[2]) W obu ostatnich przypadkach uderza wzmożenie odruchu ścięgnistego przy porażeniu porodowem. Takie wzmożenie odruchu kolanowego w porażeniach porodowych spostrzegaliśmy w dwu innych jeszcze obserwacjach, tutaj nie opisanych. Wzmożenie owo zależy najprawdopodobniej od stanu podrażnienia, związanego ze sprawą anatomiczną, które też z jednej strony wywołuje bóle, z drugiej zaś strony — fakt wygórowanego napięcia w części dośrodkowej łuku odruchowego. W podobny sposób należy tłumaczyć wygórowanie odczynu włoso-ruchowego w zajętej kończynie (obfitsze występowanie grudek gęsiej skórki i ich powolniejsze ustępowanie) w obszarach, wolnych od zaburzeń czucia.

[3]) Załączone do pracy ryciny były narysowane z preparatów własnych przez kol. Jana Kochanowskiego. Oznaczenia liczbowe dla części anatomicznych na obu rycinach (I i II) są identyczne.

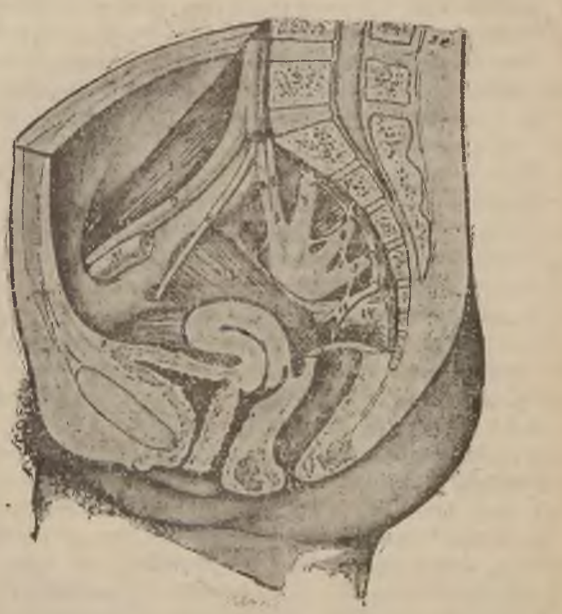
dzi do otworu ponadgruszkowatego. Pień lędźwiowo-krzyżowy łączy się w miednicy małej z korzonkami krzyżowemi I, II i III (7, 8, 9). Z wierzchołka tego splotu wyłania się od dołu n. kulszowy. Korzonki krzyżowe układają się w stosunku do ściany miednicy małej w sposób następujący: korzonek krzyżowy I leży powyżej m. gruszkowatego, korz. II wyłania się po przebiciu tego mięśnia i leży w dolnej jego części, wreszcie korz. III znajduje się pod nim. Pień lędźwiowo-krzyżowy i korzonek krz. I na całym przebiegu aż do połączenia się ze sobą leżą wprost na kości, poniżej zaś leżące korzonki krz. są podścielone mięśniem. Również pień nerwu kulszowego przed opuszczeniem miednicy przez otwór podgruszkowy spoczywa na brzuścu mięśnia gruszkowatego. Nerw pośladkowy dolny czerpie włókna nerwowe z pnia lędźwiowo-krzyżowego i korzonków krz. I i II, opuszcza zaś miednicę małą wspólnie z n. kulszowym. Przez tenże otwór wychodzi wreszcie nerw udowy skórny tylny.

W okolicy miednicy małej, w której znajdują się omówione tu pnie nerwowe, należy wyodrębnić obszar trójkątny, posiadający, zdaniem naszem, doniosłe znaczenie dla zrozumienia stosunków anatomicznych. Trójkąt ten obejmuje przestrzeń, ograniczoną od góry linją bezimienną, od dołu górną krawędzią m. gruszkowatego, a od wewnątrz linją pionową, pomyślaną przez otwory krzyżowe [4]).

Pień lędźwiowo-krzyżowy i korzonek krz. I leżą na przestrzeni tego trójkąta wprost na kości i wcale szczelnie do niej przylegają. W tem też miejscu mogą one, jak to stwierdzimy niebawem, najłatwiej ulec uciskowi przez przechodzącą główkę. Stąd też wynika, że nerw kulszowy, jako czerpiący z obu tych pni nerwowych główną masę włókien, w tych warunkach anatomicznych narażony jest najbardziej na działanie urazu porodowego. Położenie nerwu zasłonowego powinnoby sprzyjać równie częstemu występowaniu porażeń w jego zakresie; jeżeli zdarzają się one rzadziej, to prawdopodobnie dlatego, że nerw ów ma możność anatomiczną usuwania się z pod ucisku napierającej główki, gdyż przylega on dość luźnie do podłoża kostnego.

Nerw udowy, ukryty na całym przebiegu pod grubym brzuścem mięśnia lędźwiowego, jest trudno dosięgalny dla czynnika urazowego porodowego. Stąd też słusznie Hösslin wątpi o istnieniu zmian w n. udowym na tle urazu porodowego. Jedynie mają się zdarzać nerwobóle w zakresie tego nerwu. Zajęcie nerwu udowego u 2 naszych chorych dowodzi tylko, że uległ on działaniu szkodliwości, ale raczej toksycznej, niż urazowej.

Jest rzeczą b. ważną, że w zakresie n. kulszowego na tle urazu porodowego najczęściej występują objawy zajęcia nerwu strzałkowego. Bianchi, Léfèvre i Mills przyczynę owej przewagi upatrywali w tem, że korzonki L4 i 5, tworzące pień lędźwiowo-krzyżowy, który przy porodzie wydawał się im przedewszystkiem wystawionym na uraz, składają się na utworzenie przeważnej części n. strzałkowego. Inni znów, począwszy od Hünermanna, są zdania, że część włókien nerwowych strzałkowa pnia lędźwiowo-krzyżowego leży bezpośrednio na kości i jest pokryta częścią piszczelową, stąd też przy ucisku ucierpią w większym stopniu włókna nerwowe bliższe kości i przytem leżące na ostrej krawędzi linji bezimiennej. Na preparatach anatomicznych osobiście sporządzonych, dwukrotnie mogłem się przekonać, że część strzałkowa pnia lędźwiowo-krzyżowego leży pod piszczelową, czyli wprost na kości (zob. ryc. I). Atoli częściej, bo w 6 przypadkach, stosunki topograficzne były odmienne, a mianowicie, widziało się po odpreparowaniu, że obie składowe pnia lędźwiowo-krzyżowego układają się w postaci dwu pasm, biegnących równolegle z miednicy wielkiej przez linję bezimienną do małej (zob. ryc. II). Część piszczelowa i strzałkowa pnia lędźwiowo-krzyżowego łączą się w miednicy małej z korzonkami krzyżowemi, przyczem te wiązki nerwowe, które wchodzą w skład nerwu strzałkowego, znajdują się zawsze bardziej ku tyłowi, czyli przylegają bezpośrednio do ściany miednicy małej. Wreszcie w 3-ej grupie badanych preparatów ściśle poprzeplatanie się włókien nerwowych nie pozwoliło na wydzielenie wymienionych części. Druga grupa



Rycina II.

Objaśnienia do rysunków.

1. m. lędźwiowy	7. korzonki krzyżowe 1
2. n. udowy	8. « « 2
3. tętnica biodrowa zewnętrzna	9. « « 3.
3' żyła biodrowa zewn.	10. « « 4.
4. n. zasłonowy	11. n. współczulny
5. n. pośladkowy górny	12. m. zasłonowy wewnętrzny
6. pień lędźwiowo-krzyżowy: a) część strzałkowa b) część piszczelowa	13. m. gruszkowaty
	14. więzadło krzyżowo-kolcowe.

preparatów anatomicznych poucza nas, że na linji bezimiennej obie części składowe pnia lędźwiowo-krzyżowego znajdują się w jednakowych warunkach, o ile chodzi o niebezpieczeństwo urazu porodowego, i że wskutek tego przewagi w zaburzeniach w zakresie n. strzałkowego należy doszukiwać się gdzieindziej. Ta okoliczność, obok innych, o których zaraz będzie mowa, skłaniają nas do przyjęcia miejsca ucisku porodowego poniżej linji bezimiennej.

Obecnie należy wspomnieć o patologji miednic, spotykanych przy zajęciu nerwów na tle urazu porodowego i omówić, choćby pokrótce, mechanizm porodowy. Co się tyczy miednic patologicznych, to w porażeniach splotowych stwierdzano najczęściej miednice ogólnie zwężone, potem płaskie i krzywiczo-płaskie, wreszcie inne postacie zniekształceń miednic. U dwóch naszych chorych stwierdzono miednice płaskie, natomiast w przyp. III wymiary miednicy okazały się prawidłowe; dowodzi to, że i nadmiernie duża główka dziecka może być przyczyną ciężkich urażeń splotu lędźwiowo-krzyżowego. Co się tyczy mechanizmu porodowego przy miednicy płaskiej, to przedstawia się on następująco. W miednicy płaskiej, w której, jak wiadomo, jest skrócony najbardziej wymiar prosty płaszczyzny wchodu, główka stara się ustawić we wchodzie nie wymiarem ciemieniowym, lecz skroniowym, wskutek czego potylica nadmiernie przylega do bocznej ściany miednicy. Głębsze osadzenie kości krzyżowej, które powoduje skrócenie wymiaru prostego płaszczyzny wchodu, pogłębia istniejący rowek na części bocznej kości krzyżowej, w którym leży pień lędźwiowo-krzyżowy. W tych warunkach wydaje się rzeczą nieprawdopodobną, aby przechodząca przez płaszczyznę wchodu główka, choćby odpowiednio do ścieśnionego miejsca kształtem przystosowana, mogła wywierać znaczniejszy ucisk na odcinek przyśrodkowy linji bezimiennej, gdyż temu przeszkadza wysunięty wzgórek. Nadto pień lędźwiowo-krzyżowy znajduje się w zagłębieniu pomiędzy m. lędźwiowym i kręgosłupem i od przodu jest przykryty przez naczynia biodrowe wspólne, które przy

[4]) Trójkąt ten na rycinach nie dał się, niestety należycie uwidocznić z powodu niemożności należytego oddania wklęsłości bocznej ściany miednicy w perspektywie.

ucisku na tę okolicę przedewszystkiem musiałyby ulec ciężkiemu obrażeniu (na obu ryc. 3 i 3, 1). Dlatego też przyjmujemy, że ucisk w czasie porodu dokonuje się poniżej linji bezimiennej i to najłatwiej na przestrzeni wyżej opisanego trójkąta, na którym pień lędźwiowo-krzyżowy łączy się z korzonkiem krz. I. gdzie oba te nerwy nie są podścielone mięśniami, lecz leżą wprost na kości, pozostając również obnażone i od przodu, gdyż zaledwie tętnica pośladkowa górna przedziela oba nerwy. W tem też miejscu pień lędźwiowo krzyżowy przestaje być chroniony przez wzgórek kości krzyżowej.

Z naszych spostrzeżeń anatomicznych wynika również, że, przyjmując miejsce ucisku pnia lędźwiowo-krzyżowego na linji bezimiennej, nie moglibyśmy wytłumaczyć zajęcia całego n. strzałkowego. Ponieważ w miejscu, w którem dokonywa się, naszem zdaniem, działanie ucisku porodowego na splot lędźwiowo-krzyżowy, zawarta jest również i ta część n. strzałkowego, która pochodzi z korzonka krzyżowego I, staje się zrozumiałą częstość całkowitego zajęcia tego nerwu przy porażeniach porodowo-splotowych. Stosunki anatomiczne mogą atoli tylko w pewnej mierze tłumaczyć przewagę zajęcia n. strzałkowego nad porażeniem n. piszczelowego. Po pierwsze, nie tłumaczą one przypadków, w których n. piszczelowy był wolny; po drugie, nie wyjaśniają one przypadków z ciężkiem i długo utrzymującem się zajęciem n. strzałkowego, a szybką poprawą objawów w zakresie n. piszczelowego. Teorja anatomiczna nie może zadowolić i z tej przyczyny, że n. piszczelowy, podobnie jak i strzałkowy, pobiera włókna nerwowe z korzonków lędźw. 5 i krz. 1. Okazuje się jednak, że fakt stałej i uderzającej przewagi zajęcia n. strzałkowego dotyczy nietylko porażeń porodowych n. kulszowego, lecz wogóle wielu schorzeń tego nerwu bez względu na czynnik powodujący.

Z taką przewagą w zaburzeniach w zakresie n. strzałkowego spotykano się w przypadkach urazów wojennych, n. p. postrzałów n. kulszowego na udzie. Na to zjawisko zwraca uwagę, między innemi, Foerster, który znajdywał niekiedy w n. kulszowym anatomiczne uszkodzenia części piszczelowej znaczniejsze niż strzałkowej, a jednak porażenie w zakresie ostatniego nerwu było całkowite, w pierwszym zaś tylko niewielkie. Autor ten znaczniejsze objawy porażeniowe tłumaczy teorją różnej urażliwości poszczególnych nerwów na czynniki szkodliwe. Stopień tej urażliwości chciano widzieć we wcześniejszem wygasaniu pobudliwości elektrycznej niektórych nerwów po śmierci (Foerster, Bernhardt). Hoffmann upatrywał przewagę zaburzeń w zakresie n. strzałkowego w gorszem jego unaczynieniu w porównaniu z n. piszczelowym. Twierdzenia tego przyjąć nie można, gdyż obfitość unaczynienia nerwu pozostaje w stosunku prostym do obszaru, jaki poszczególny nerw zaopatruje we włókna (Roux). Bez względu na to, jak pojmować będziemy przyczynę urażliwości niektórych nerwów obwodowych, faktem jest, że w porażeniach obwodowych nerw strzałkowy cierpi bardziej nie dlatego jedynie, że stosunki anatomiczne sprzyjają cięższemu jego porażeniu, lecz również i z tego powodu, że same włókna tego nerwu są szczególnie wrażliwe, a więc mniej odporne także na czynnik urazowy.

Przez przyjęcie miejsca ucisku na wskazanym przez nas odcinku małej miednicy stają się zrozumiałe stopniowania ciężkości porażeń porodowych. Jeżeli ucisk jest nieznaczny, to ucierpią jedynie włókna bardziej wrażliwego n. strzałkowego, jak to widzi się u chorej I. W razie znaczniejszego ucisku będą uszkodzone, lecz w stopniu mniejszym także włókna n. piszczelowego (chora II). W wyjątkowo ciężkich przypadkach, jak u chorej III, ulegają uszkodzeniu i korzonki splotu krzyżowego, leżącego na m. gruszkowatym. Ponieważ w 75% przypadków z porażeniami porodowymi splotów były stosowane kleszcze, to niektórzy byli skłonni ten zabieg uważać za jedną z przyczyn w powstawaniu obrażeń nerwów, co wydaje nam się niezupełnie słuszne. Tylko bardzo nieumiejętne i gwałtowne pociąganie główki, znajdującej się w zamkniętych kleszczach, mogłoby powodować znaczniejsze przywarcie jej do ściany miednicy małej, a przez to obrażenie splotu krzyżowego.

W przypadkach II i III mamy również w zakresie kończyn górnych zaburzenia nerwowe, które wystąpiły u chorej III już w czasie porodu, a u 2-ej wkrótce po nim. Jak widzieliśmy, zaburzenia te dotyczyły u chorej 3-ej nerwu łokciowego i promieniowego po stronie lewej, a tylko lewego n. łokciowego u chorej 2-ej.

U rodzących zaburzenia nerwów w kończynach górnych mogą powstać w następstwie chloroformowania, czego nie było u naszych chorych, albo wskutek przybierania pewnych pozycji. W naszych przypadkach przyczynę urazową w powstaniu tych zaburzeń wykluczamy zupełnie, gdyż chora III dokładnie podaje, że rodziła w łóżku i żadnych pozycyj niezwykłych nie przybierała. Poród chorej II odbył się na klinice położniczej, w warunkach najwygodniejszych. Również nie mieliśmy żadnych podstaw do wiązania zajęcia nerwów w kończynach górnych z jakąś sprawą ropną, n. p. rzeżączką narządów rodnych, ani też z zakażeniem połogowem. Zaburzenia nerwowe w kończynach górnych odnosimy więc u tych chorych do spraw chorobowych, jakie mogą powstać w czasie ciąży, lub też po niej, wskutek działania toksyn ciążowych *(neuritis toxica gravidarum)*. W wywiadach obu chorych mamy dane, że ich układ nerwowy obwodowy w czasie ciąży znajdywał się pod wpływem pewnej szkodliwości toksycznej. Jak to widzieliśmy, chora II już w pierwszych miesiącach ciąży cierpiała na bóle w kończynach dolnych, które w drugiej połowie znacznie się nasiliły. Z bólami w kończynach dolnych spotykamy się również w wywiadach chorej III.

W narządach ciężarnych występuje cały szereg zmian patologicznych, przeważnie o charakterze zwyrodnień, których powstanie uzależnia się od działania toksyn, wytwarzających się w czasie ciąży z przyczyn właściwie dokładnie nieznanych. Co do samej istoty zatrucia ciążowego, istnieją różne zapatrywania, jednak żadna teorja nie obejmuje całokształtu zjawisk, jakie powstają w czasie ciąży w ustroju matki[5]). Wydaje się rzeczą pewną swoistość jadu ciążowego, gdyż powstanie jego jest uwarunkowane rozwijaniem się ciąży. Swoistość jadu ciążowego można upatrywać w tem, że niektóre postacie kliniczne zatrucia, jak rzucawka ciążowa i porodowa, nadmierne wymioty, jakoteż zmiany anatomo-patologiczne w narządach spotykają się tylko w czasie nieprawidłowo przebiegającej ciąży i że wreszcie zmiany kliniczne, jakim ulega ustrój pod wpływem działania toksyn ciążowych, w każdym przypadku ustępują po rozwiązaniu się ciąży lub jej przerwaniu, jeżeli tylko nie postąpiły one zbyt daleko.

Wiadomości o rodzaju zmian, jakie zachodzą w czasie ciąży w nerwach obwodowych, są nader skąpe. Jedynych wiadomości z tego zakresu dostarcza poniekąd praca Seitza. Autor ten badał pobudliwość galwaniczną nerwów obwodowych w czasie ciąży i stwierdził, że w ostatnich miesiącach u 80% ciężarnych występuje lekkie jej wzmożenie, które nasila się i dosięga szczytu w czasie porodu, poczem w okresie poporodowym powoli ustępuje. U 10% rodzących można było nawet mówić o stanach podtężyczkowych. Możnaby przypuszczać, że owo wzmożenie pobudliwości galwanicznej nerwów obwodowych u ciężarnych zależy od niedomogi gruczołów przytarczyczynych, które również nie mogą sprawnie regulować przyswajania wapnia. Zapotrzebowanie wapnia w tym okresie jest zwiększone, gdyż część jego idzie na potrzeby rozwijającego się płodu.

Co się tyczy obrazu klinicznego zapalenia nerwów obwodowych na tle toksyn ciążowych w przebiegu samej ciąży to może się ono ograniczyć do zajęcia poszczególnych nerwów, i to najczęściej nerwu pośrodkowego i łokciowego, przytem obejmuje jedną lub obie kończyny. Czasami przebiega ono pod postacią zapalenia wielonerwowego; rzadko przebieg odpowiada obrazowi zapalenia ostrego wstępującego Landry'ego. W niektórych przypadkach biorą też udział nerwy czaszkowe, mianowicie twarzowy i błędny,

[5]) O zatruciu ciążowem patrz wyczerpujący ref. prof Czyżewicza na I Zjeździe Ginekologów polskich.

nadto wzrokowy, a nawet przeponowy. Nieliczne są spostrzeżenia, w których do obrazu zapalenia wielonerwowego dołączały się zaburzenia psychiczne o typie zespołu Korsakowa. Okres wystąpienia objawów porażnych poprzedzały bóle w różnych okolicach ciała, a dość często nadmierne wymioty. Wynika więc z przebiegu klinicznego porażeń obwodowych ciążowych, że wszystkie nerwy podlegają w pewnych razach szkodliwemu wpływowi jadów swoistych, jednak prawo wybiórczości sprawia, że zajęciu ulegają w pierwszym rzędzie nerwy: pośrodkowy i łokciowy.

Zaburzenia w nerwach obwodowych pod wpływem toksyn ciążowych mogą ujawnić się dopiero po porodzie. Rozwijające się w tym okresie zapalenie nerwów może nastręczać duże trudności w różniczkowaniu etjologicznem w tych przypadkach, w których połogowi towarzyszą zwyżki ciepłoty. W przypadkach jednak, jak nasze, w których po porodzie nie było żadnych objawów zakażenia, jak podwyższonej ciepłoty, powtarzających się dreszczy, pozostaje do przyjęcia tylko tło ciążowe.

Powstanie lub ujawnienie się ciążowych zaburzeń nerwowych w czasie porodu lub zaraz po nim tłumaczyć należy tem, że sam akt porodowy stanowi dalszą szkodliwość etjologiczną. Szkodliwość ta zaznaczy swój wpływ ujemny tembardziej w przypadkach, jak nasze, w których sprawa chorobowa nerwów, jakby sądzić należało z wywiadów, ujawniała się już w przebiegu ciąży. Silne skurcze macicy, które podnoszą nadmiernie ciśnienie wewnątrzmaciczne, z drugiej strony długotrwałość porodu stwarzają warunki dla przedostawania się przez ziejące naczynia macicy zwiększonej ilości toksyn ciążowych. Jady te, w tak niedogodnym dla ustroju matki okresie, nie mogą być szybko zneutralizowane i wydalone, przeto wywierają tem silniejszy wpływ szkodliwy, bo niejako skoncentrowany, na nerwy obwodowe. Należy się liczyć też z tem, że znaczna utrata krwi, jak również produkty znużenia wskutek wysiłku porodowego, zmniejszają z jednej strony odporność organizmu na czynniki szkodliwe, z drugiej strony dołączają się do czynnika toksycznego ciążowego i sumują z nim swe szkodliwe działanie. W okresie połogowym wsysanie cząstek pozostałości łożyskowych może dostarczać nowych dawek jadu łożyskowego. Wreszcie pewną rolę mogą odgrywać i gruczoły wydzielania wewnętrznego, które znajdowały się w czasie ciąży w zmienionej czynności wydzielniczej, a po rozwiązaniu się jej może niezawsze odrazu przystosowują się do nowych warunków. Oczywiście działanie tych wszystkich czynników trzeba rozważać obok znanego faktu, że szkodliwości toksyczne, podobne jak i zakaźne, mogą wywoływać zapalenie wielonerwowe nawet w dłuższy czas po ustaniu ich zadziałania.

W obu ostatnich naszych przypadkach zaburzenia nerwowe mają więc tło etjologiczne dwojakie: zatrucie ciążowe i uraz porodowy. Nerwy obwodowe, które najprawdopodobniej już w czasie ciąży pozostawały pod wpływem swoistych czynników toksycznych, uległy w czasie aktu porodowego, wskutek jego długotrwałości, zadziałaniu skoncentrowanej ilości jadów ciążowych i znużeniowych (Weichardt), które ostatecznie spowodowały wystąpienie zaburzeń u obu chorych w zakresie wymienionych kończyn górnych.

Z góry należy przyjąć, że i nerwy kończyn dolnych omawianych tu dwóch przypadków ulegały działaniu jadów ciążowych. Zresztą, chora II tak ściśle podaje, że od 8-go miesiąca ciąży doznawała bólów w prawej kończynie dolnej, że nie zdziwiłoby nas u niej porażenie porodowe tej kończyny przy porodzie nawet najlżejszym. Przeto u tych chorych, u chorej II z całą pewnością, a u III z wielkiem prawdopodobieństwem, liczymy się z tem, że porażenie kończyny dolnej ma także źródło przyczynowe toksyczno-ciążowe. Idziemy nawet dalej, przyjmujemy bowiem, że z tą złożoną urazowo-toksyczną etjologją mamy do czynienia w przeważnej części kazuistyki porażeń urazowych, porodowych. Znana wybiórczość toksyn w stosunku do nerwu strzałkowego tłumaczy też przekonywająco sprawę uprzywilejowania zaburzeń w zakresie tego nerwu, czego sama teorja mechaniczna, w myśl poglądów Hünermanna, Hösslina i Pinelesa nie jest zdolna całkowicie wyjaśnić, a co tylko częściowo tłumaczy pogląd anatomiczny, przez nas przyjęty, co do ściślejszego umiejscowienia urazu porodowego, działającego na splot lędźwiowo-krzyżowy.

Przyjmując złożoną etjologję dla obu ostatnich przypadków, określamy ich rozpoznanie, jako zapalenie wielonerwowe urazowo-ciążowe. Przytem należy zdawać sobie sprawę z tego, że pojęcie zatrucia ciążowego, jako czynnika, powodującego zapalenie wielonerwowe, nie pokrywa się tutaj dokładnie z istotą właściwego zatrucia ciążowego, t. j. tego, które działało na ustrój przez cały czas ciąży do okresu przygotowawczego porodu. W przypadkach porażeń porodowych pochodzenia toksycznego przybywają jeszcze niewątpliwie do szkodliwości, która poprzednio już działała na system nerwowy obwodowy, czynniki etjologiczne odmiennej natury, więc wpływ ogólnego wyczerpania, znużenia mięśniowego, utraty krwi (czynniki dyskratyczne) a przytem nasila się w stopniu wybitnym ilościowo działanie zresztą jakościowo niezmienionej dotąd działającej nie szkodliwości ciążowej. W ten sposób jedynie można wytłumaczyć, że to od szeregu miesięcy przygotowujące się pod wpływem toksyn ciążowych, zapalenie wielonerwowe, dopiero po dołączeniu się tych szkodliwości dodatkowych ujawniło się właśnie w okresie porodowym zaburzeniami nerwowemi na kończynie górnej. Na dolnych zaś kończynach, przy istnieniu już wymienionych czynników powodujących, odegrał decydującą rolę — lecz już tylko w zlokalizowaniu zaburzeń nerwowych — uraz wskutek istniejącego niestosunku porodowego. Takie postawienie zagadnienia wkracza w dziedzinę praktyczną, tłumaczy bowiem, dlaczego rozwiązanie sztuczne ciąży może nie zapobiec przygotowującym się neurytom ciążowym, a już istniejące zajęcie nerwów nawet pogorszyć, ponieważ szkodliwości sztucznego porodu mogą być znaczniejsze, niż te, które wynikają z rozwiązania ciąży, odbywającego się w sposób naturalny.

* *

Piśmiennictwo opuszczono, będzie ono podane na innem miejscu.

Prof. Dr. Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Kilka uwag o pismach lekarskich Macieja z Miechowa.

(Z powodu 400-nej rocznicy*) śmierci Miechowity).

Maciej z Miechowa (1457—1523) należy do najwybitniejszych profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego w okresie przed reformą Kołłątaja. Zagranicą był szeroko znany jako autor najstarszej drukowanej historji polskiej »*Chronica Polonorum*« i najstarszego dzieła geograficzno-etnograficznego »*Tractatus de duabus Sarmatiis Asiana et Europiana*«, które opisywało wschód Europy od Wisły aż do Azji. To ostatnie dzieło było w XVI wieku 9 razy wydawane po łacinie, 2 razy po niemiecku, 5 razy po włosku, 3 razy po polsku. W kraju Miechowita słynął jako znakomity lekarz, polski Hippokrates, jak go nazywano; w Uniwersytecie Jagiellońskim był profesorem medycyny i 8 razy rektorem; utworzył cały szereg fundacyj, jak druga katedra medycyny w Uniwersytecie, fundacja lekarza miejskiego w Krakowie; dał fundusz na powiększenie biblioteki, na postawienie nowego zegara; odbudował *collegium iuridicum*, budował i restaurował szkoły miejskie w Krakowie; utrzymywał szpitale, dbał o rzemieślników, wdowy i sieroty, a przedewszystkiem opiekował się młodzieżą uniwersytecką. Wcześnie przywdział szatę duchowną, a od roku 1509 był kanonikiem krakowskim. Pochowany w r. 1523 na Wawelu pod kaplicą Szafrańców [1]).

* * *

O pismach lekarskich Miechowity panują do tej pory poglądy zupełnie sprzeczne. Gdy Gąsiorowski w r. 1839

---

*) Artykuł nadesłany Redakcji w grudniu 1923 r.

[1]) Bostel. Zakaz Miechowity. Przew. nauk. i lit. Lwów 1884. Borzemski. Kronika Miechowity. Arch. do dziejów lit. i ośw. Ak. Um. 1891. Morawski. Historja Un. Jag. 1900. Szumowski. Maciej z Miechowa zwany Miechowitą. Z powodu 400-nej roczn. śmierci. Czas. 1923. Nr. 265 i 267. Kraków

zna tylko dwa pisma *»Contra sevam pestem regimen«* (1508) i *»Conservatio sanitatis«* (1522), to Bostel[2]) mówi o czterech rozprawach: prócz podanych wymienia *»De sanguinis missione«* (1508) i *»De Eufrasie aqua«* to ostatnie jakoby cytowane w »Zielniku« Marcina Urzędowa). Kośmiński jak i Estreicher podają tylko szereg tytułów, z których, nie biorąc pism Miechowity do ręki, nie można rzeczy rozstrzygnąć. Z powodu 400-ej rocznicy śmierci wielkiego Miechowity wziąłem pisma jego lekarskie do ręki i niektóre wyniki moich badań podaję tutaj do wiadomości.

Przypuszczenie Bostela, że musiało istnieć pismo Miechowity *»De Eufrasie Aqua«* polega na błędnej interpretacji tego miejsca, w którem Marcin Urzędow w swoim »Zielniku« cytuje Miechowitę. Na stronie 134 »Zielnika« powołuje się Marcin Urzędow na Miechowity *»Conservacio sanitatis, De Eufrasie aqua«*. Ale to nie są wcale dwa pisma Miechowity, lecz tylko jedno. Wystarczy wziąć dzieło *»Conservatio sanitatis«* Miechowity do ręki i poszukać ustępu zatytułowanego *»De Eufragie* (nie *Eufrasie*, jak pisał Bostel) *aqua«*, żeby się przekonać, że to ten ustęp właśnie cytuje Marcin Urzędow, mówiąc o wodzie na oczy, a nie osobne pismo Miechowity.

Dwa pisemka Miechowity *»Contra sevam pestem regimen«* i *»De sanguinis missione... deque nonnullis aliis remediis adversus... pestilentiae luem«* zasługują szczególnie na uwagę, ponieważ są to bardzo stare (jedne z najstarszych znanych) druki medyczne, drukowane w Polsce. Oba wyszły w r. 1508 u Hallera w Krakowie, oba są drukowane jednym i tym samym drukiem gotyckim, oba w egzemplarzu Bibljoteki Jagiellońskiej są oprawione razem i mają wspólną kartę tytułową z wizerunkiem Chrystusa na krzyżu, mającego po bokach św. Sebastjana i św. Rocha, patronów, chroniących od morowego powietrza. Dwaj święci są przedstawieni tak, jak ich zawsze przedstawiano[3]): św. Sebastjan przywiązany do drzewa i przeszyty strzałami, św. Roch ma obnażoną nogę i na niej zapewne bubon, który pokazuje palcem [4]). Drugie pismo *»De sanguinis missione...«* nie ma osobno wymienionego autora i mogłoby razem z pierwszem stanowić poniekąd jedną całość. Oba pisemka traktują o morowem powietrzu. Nie powstały one jednak równocześnie, jak to wynika z treści obu pism.

Z historji moru w Polsce [5]) wiemy, że choroba ta panowała w naszym kraju w latach 1505—1516. W roku 1505 sroga zaraza pustoszyła Poznań i jego okolice. Cała kapituła poznańska wyjechała wtedy z miasta. W r. 1506 panowało morowe powietrze w Wilnie i Mińsku tak straszne, że wieść o niem doszła aż do Moskwy, wskutek czego car Wasyl, który posłów wyprawił na Litwę, za ich powrotem nie dotykał się ich rąk z obawy, żeby się nie zarazić. W r. 1508 panowała zaraza w Krakowie od maja do grudnia. Wiemy o niej napewno [6]) ze źródła pierwszorzędnej wartości, mianowicie z pism Decjusza, który, jak wiadomo, uzupełnił kilkoma rozdziałami doprowadzoną do roku 1506 »Kronikę« Miechowity. To współczesne źródło tak podaje [7]) o r. 1508: *»Diebus vero Maii Cracoviae atque aliis locis pestis contra Astrologorum opiniones saevire coepit, duravitque ad dies Decembris; ea multi mortalium Cracoviae absumpti fuere«*. Ten ustęp wyjaśnia genezę obu pisemek Miechowity z r. 1508.

Jako lekarz, mający wielką praktykę, Miechowita z pewnością wiedział na początku roku 1508, że zaraza zbliża się do Krakowa, wiedział jednak równocześnie, że kto się boi, ten najłatwiej zarazie ulega, należy więc ostrzedz ludzi, ale ich nie straszyć. W tym celu wydaje Miechowita swoje pierwsze pisemko *»Contra sevam pestem regimen accuratissimum«*, utrzymane w tonie pogodnym i wesołym.

W Krakowie niema moru — mówi Miechowita — i niema złych znaków na niebie. Autor podaje na wszelki wypadek ogólną naukę uchronienia się od tej strasznej choroby, jaką jest mór. Tę samą naukę niedawno podał jednemu z przyjaciół na Węgrzech. Treść, która następuje dalej, jest znamiennym obrazem ówczesnej umysłowości. W celu uchronienia się od moru Miechowita podaje szereg rad, przyczem mówi mniej więcej tak:

»Nasamprzód pomódl się, bracie, do Pana Boga, do Najświętszej Marji Panny i do św. Rocha i Sebastjana, gdyż oni cię najpewniej uchronią od morowego powietrza«. Zaraz tutaj czytelnik znajduje tekst łaciński odpowiednich modlitw. »Potem pamiętaj, bracie, dobrze, że masz unikać pięciu rzeczy na *f*: *fatiga, fames, fructus, femina, flatus* (zmęczenia, głodu, owoców, niewiasty i wyziewów), te bowiem w czasie moru szkodzą. Ale zapamiętaj też, że jest innych pięć rzeczy na *f*, które od morowego powietrza chronią: *flebotomia, fuga, focus, fricatio, fluxus* (upust krwi, ucieczka, ogień, nacieranie, wycieki z ciała)«. W ten sposób doświadczony praktyk, zresztą, równocześnie duchowny dawał wypróbowane rady: pouczał i rozweselał, wiedział bowiem, że pogodny umysł podtrzymuje odporność ustroju na choroby zakaźne.

W drugiem pisemku *»De sanguinis missione... deque nonnullis aliis remediis adversus... pestilentiae luem...«* przemawia już lekarz, który ma przed sobą straszną chorobę i ma nagwałt radzić. Powstało więc ono niewątpliwie nieco później, niż pierwsze, prawdopodobnie wkrótce po wybuchu zarazy. Opis choroby, który znajdujemy tutaj, zasługuje na uwagę ze względu na swoją kliniczną jasność i niedwuznaczność. Oto ustępy [8]), na podstawie których możemy rozpoznać dzisiaj ówczesną epidemję:

Cum animadvertissem tremendum mortiferae pestilitatis furorem, et passim desevire et oppidatim in dies magis ac magis incrudescere, quippe quae plerosque mortales incautos letali sua rabie quam acerrime corripiat, infraque biduum et triduumve aut quatriduum ad exicium (nisi citissime prospiciatur) perducat, pietate misericordiaque pariter motus existimavi me cunctis hominibus tanto malo laborantibus rem facturum admodum utilem... si originem signaque... pestilentiae patefacerem...

Z tego ustępu przedmowy widzimy, że straszna choroba posuwała się z miasta do miasta, zabijając ludzi bardzo szybko, bo w ciągu 2—4 dni. Parę stron dalej mamy w egzemplarzu Bibljoteki Jagiellońskiej odznaczony na marginesie ręką współczesną ustęp z dopiskiem: *»Signa infecti hominis«*. Dalej jest rzeczywiście mowa o znakach, na podstawie których rozpoznać można, że człowiek jest dotknięty zarazą:

...ubi quispiam horrore aut frigore aliquo tentatur atque rigeat, et in somnum sit valde perpessus; caput praeterea doloribus vehementibus affligetur et praeter consuetudinem gravibus fumis oppleatur; ac plurimus externus corpus urat calor, nec ulla aut cibi adsit aut potionis appetentia; cunctaque veluti nauseabundus fastidiat; membra insuper omnia potissimum brachia atque crura lassata percipiantur non secus ac si fustibus pulsata essent; os denique linguaque pre nimia siti vehementer areant; cor ac pectus una cum reliquis partibus acutissimo dolore pungantur; et ut summatim dicam cum manifestaria pestis indicia in quavis parte corporis apparuerint, utpote tumores, apostemata, pustulae aliaque his similia: non potest abesse, quin is ad mortem usque pestilentico furore correptus sit. Cui optimum factu arbitror ut... quam celerrime medica quaerat ope...

W przekładzie to znaczy:

Gdy kogoś napadnie dreszcz i zimno i będzie bardzo senny; przyjdzie silny ból głowy i niezwykłe zamroczenie; ciało będzie bardzo rozpalone; przyjdzie zupełny brak ape-

---

[2]) l. c. str. 445.

[3]) Por. Peters. Arzt und Heilkunst in der deutschen Vergangenheit. Leipzig, 1900, str. 9 i 11.

[4]) Wydanie pisma »Contra sevam pestem regimen« z r. 1508, które widział Gąsiorowski, miało inną kartę tytułową, jak to wynika z opisu Gąsiorowskiego (Tom I. str. 179).

[5]) Giedroyć. Mór w Polsce. 1899, str. 48.

[6]) Giedroyć miał pewne wątpliwości (l. c. str. 49).

[7]) Kronika Miechowity wyd. z r. 1521, uzupełnienie Decjusza p. t. »De Sigismundi regis temporibus« str. 63.

[8]) Pisownia zmodernizowana.

tytu i pragnienia; wszystko będzie budziło odrazę i nudności: członki, zwłaszcza ręce i nogi będą ciężkie, jak gdyby je kto kijami zbił; usta i język suche; w sercu i piersiach i w innych częściach ciała silny ból; i mówiąc wogóle, gdy się ukażą w rozmaitych częściach ciała oczywiste znaki moru, jak guzy, bubony, krosty i t. p.; nie może wtedy nie być, żeby gwałtowność zarazy człowieka tego nie zabiła. Najlepiej wtedy, jak sądzę, taki chory uczyni, gdy jak najszybciej wezwie pomocy lekarza.

Z powyższego opisu choroby, w którym najważniejsze są: ostry początek choroby, guzy, bubony i krosty i prawie nieuchronne zejście śmiertelne w ciągu 2—4 dni można wnioskować, że epidemja ta była rzeczywiście prawdziwym morem, dżumą bubonową *(pestis bubonica)*.

Dalszy opis leczenia nie budzi już w czytelniku takiego zainteresowania, gdyż jest oparty, oczywiście, w całości na patologji humoralnej. Na uznanie zasługuje to, że najważniejszy lek u Miechowity to jest *aqua vitae, sive quinta essentia*, którą się otrzymuje z wina, a więc alkohol, środek niewątpliwie dobry, podtrzymujący czynność serca.

Trzecie pismo Miechowity »*Conservatio sanitatis*« z roku 1522 jest podręcznikiem, jakbyśmy dziś powiedzieli, higjeny, choć są w nim także liczne ustępy z lecznictwa w ściślejszem znaczeniu. Pismo »*Pro conservanda hominum sanitate*«, wydane w roku 1535, jest, pomimo odmiennego nieco tytułu, jedynie ponownem wydaniem poprzedniego. Z powodu braku miejsca rozbiór tego pisma odkładamy do innych czasów.

Dr. A. LANDAU i dr. J. HELD. Warszawa.

Parę uwag o działaniu moczopędnem żółci, podawanej doustnie

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego.
Ordynator: Dr. A. Landau.

Podawanie w celach leczniczych żółci, jako środka żółciopędnego, znane jest dość dawno. Wiadomo, że żółć, zarówno jak i sole kwasów żółciowych, podawane doustnie, zwiększają ilość wydalanej przez wątrobę żółci (Mayer i Gottlieb, Paulsen i inni). Podając chorym żółć w celach doświadczalnych, zauważyliśmy mimochodem, że niektórzy, chorzy z obrzękami pochodzenia nerkowego zaczynają pod jej wpływem wydzielać znacznie więcej moczu, dość szybko tracą na wadze, a obrzęki, które dotychczas uporczywie opierały się działaniu innych środków moczopędnych, giną nieraz w ciągu krótkiego czasu zupełnie.

Spostrzeżenia nasze nad działaniem moczopędnem żółci dotyczą obecnie 11-tu przypadków, z tych 8 — z obrzękami pochodzenia nerkowego (glomerulonephritis, wzgl. nephrosis), 3 — z obrzękami pochodzenia sercowego. Wszyscy ci chorzy znajdowali się stale na djecie małosolnej.

U chorych z obrzękami pochodzenia nerkowego działanie moczopędne żółci występuje bardzo wyraźnie. Tak więc u 4-ch chorych tej kategorji przez całe tygodnie utrzymywały się obrzęki na krzyżu, stopach, podudziach i t. p. oraz płyny w jamach surowiczych: ilość dobowa wydalanego moczu wahała się od 600 — 1250 cm³. Pod wpływem podawania doustnego od 3-ch do 4-ch gr żółci dziennie, wydajność dobowa moczu wzrastała wyraźnie, niekiedy w 2-j i 3-jnasób i dochodziła przeciętnie do 1900 — 3400 cm³, obrzęki i płyny z jam surowiczych ginęły w przeciągu kilku-kilkunastu dni, a chorzy w przeciągu tego czasu przeciętnie tracili od 4-ch do 12-stu kilo wagi. Bardzo pouczający jest następujący przypadek.

U 17-letniego chorego C. B. (rozpoznanie: nephrosis chronica) od tygodni utrzymywały się na krzyżu, stopach i podudziach obrzęki, a w jamach opłucnych i brzusznej — w nieznacznej ilości płyn przesiękowy. Obrzęki, płyny nie znikały pomimo stosowania djety bezsolnej, koców i diuretyny po 0,5 gr. 2—3 razy dziennie. Waga chorego przez cały ten czas wynosiła od 45,7 do 47 kilo. Ilość dobowa wydalanego moczu wahała się od 820 cm³ do 1400 i tylko przelotnie pod wpływem diuretyny zwiększyła się początkowo do 1740 cm³, poczem znów powróciła do liczb poprzednich. Dopiero po podaniu 4-ch gr żółci na dobę, wydajność dobowa moczu wzrosła natychmiast do 2.200 cm³ i przez 7 dni utrzymywała się mniej więcej na tej samej wysokości (od 1900 do 2300 cm³). W przeciągu 7-iodniowej kuracji żółciowej chory, nie otrzymując innych leków, stracił na wadze 4,1 kg (waga z 46,4 kg spadła do 42.5 kg). Płyny z jam surowiczych oraz obrzęki zginęły. Po odstawieniu żółci, ilość dobowa moczu spadła znów do 1100 cm³. Ten stan równowagi utrzymywał się przez kilka dni, poczem zaleciliśmy choremu po 8 gr. Na Cl pro die w przeciągu 10 dni: diureza zmalała do 600—700 cm³, waga zaczęła wzrastać, na krzyżu i podudziach pokazały się obrzęki, a w jamie brzusznej znów zebrała się nieznaczna ilość płynu przesiękowego. Zaleciliśmy choremu ponownie kurację żółciową (4 razy dziennie po 1 gr. żółci): wydajność dobowa moczu podniosła się i przez cały czas utrzymywała się powyżej 2-ch litrów, waga spadła o 4 kilo, obrzęki zginęły.

Jeszcze efektowniej działanie moczopędne żółci ujawniło się w następującym przypadku.

48-letni J. G. zgłosił się na oddział z b. dużemi obrzękami: na krzyżu, podudziach, wewnętrznej powierzchni ud, na mosznie i z płynem w jamie brzusznej; rozpoznaliśmy u niego zapalenie podostre kłębuszków nerkowych (glomerulo-nephritis haemorragica subacuta). Sama djeta bezsolna okazała się w tym przypadku bezowocną i po zastosowaniu kuracji żółciowej, ilość dobowa moczu z 600 cm³ wzrosła do 2.340 i utrzymywała się mniej więcej na tej wysokości w ciągu 12-stu dni, sięgając niekiedy do 3½ litra. Waga chorego z 63,7 kg spadła do 51,5 kg a obrzęki zginęły zupełnie. Po 12-stu dniach podawania żółci, wobec wyczerpania się rezerwy wodnej w ustroju, waga chorego ustaliła się, a ilość dobowa wydalanego moczu spadła do 1 litra na dobę.

Jak widać z przytoczonych przypadków, działanie moczopędne żółci jest nieraz bardzo wybitne: wydajność dobowa moczu wzrastać może niekiedy 4—5-ciokrotnie, waga chorych, która jest najczulszym może sprawdzianem działania środków moczopędnych, zmniejsza się gwałtownie (w 2-gim przytoczonym przypadku w przeciągu 12-stu dni przeciętnie 1 kg dziennie), jednocześnie giną obrzęki i płyny przesiękowe. Z drugiej strony podkreślić należy, że żółć, tak jak i inne zresztą środki moczopędne z grupy purynowej lub kalomel, nie jest w działaniu swem niezawodna.

Pouczający jest pod tym względem przypadek poniższy.

48-letniemu U. J. (Rozpoznanie: Endocarditis subacuta maligna; Insufficientia vv. aortae, Glomerulonephritis haemorragica subacuta) z obrzękami na nogach, krzyżu i z płynem w jamie brzusznej, po bezskutecznem stosowaniu diuretyny (3 razy dzien. po 0,5 gr.) w ciągu dłuższego czasu podaliśmy żółć: 4 razy dziennie po 1.0 gr. W ciągu 9-ciodniowej kuracji żółciowej, chory stracił 4,3 kg wagi przy zwiększonem wydalaniu moczu (do 2-ch litrów na dobę); obrzęki zmniejszyły się. Po tym czasie widocznie zdolność oddziaływania ustroju na żółć wyczerpała się całkowicie, gdyż chory pomimo żółci, stopniowo zaczął znów przybierać na wadze, a wydajność dobowa moczu znów się zmniejszyła. Stosowanie innych środków moczopędnych (diuretyna, theocyna, eufylina, dożylnie w 20%-ym roztworze cukru gronowego) pozostało również bez skutku.

W przytoczonym przypadku, w którym żaden ze środków o wypróbowanem już działaniu moczopędnem nie odniósł pomyślnego skutku, — żółci, wprawdzie przelotnie tylko, udało się zwiększyć diurezę i zmniejszyć wagę chorego o 4 z górą kilo.

W przypadku posuniętej skrobiawicy nerek, w zależności od rozpadowej gruźlicy płuc, oraz w trzech przypadkach wybitnej niedomogi mięśnia sercowego ze znacznemi obrzękami, które nie reagowały na naparstnicę, diuretynę ani nawet na strofantynę, stosowaną dożylnie, szczególnego moczopędnego działania żółci nie zauważyliśmy. Wprawdzie pod wpływem podawania jej zwiększała się nieraz wydajność dobowa moczu o 200—300 cm³, ale są to wyniki zbyt drobne i nie dadzą się one zupełnie porównać z tem, co otrzymaliśmy na oddziale po stosowaniu np. novasurolu, (patrz art. A. Landaua, M. Fejgina i Łopieńskiego: »W sprawie leczenia niedomogi mięśnia sercowego«).

Jaki jest mechanizm moczopędnego działania żółci? — Wiadomo, że żółć, jak i inne środki żółciopędne, odznacza się wybitnem działaniem limfopędnem. Stwierdził to doświadczalnie Asher, który, wstrzykując zwierzętom dożylnie glikocholan sodu (Natrium glicocholicum) oraz hemoglobinę, która wzmaga wydalanie żółci, zauważył ożywienie się prądu limfy w przewodzie piersiowym. Otóż żółć, jako środek żółcio i limfopędny, wywołuje przelotne rozwodnienie krwi kosztem wody tkanek, a ustrój, dążąc do utrzymania zawartości wody we krwi na normalnym poziomie, pozbywa się nadmiaru wody w pewnej mierze również przez nerki. Potwierdzeniem tego może być zachowanie się wskaźnika refraktometrycznego

w pierwszym przytoczonym przez nas przypadku: przed zastosowaniem żółci zawartość białka w surowicy wynosiła 7,2%; w okresie najwyraźniejszego działania żółci i zwiększonego wydalania moczu zawartość białka w surowicy spadła do 4,7%; pod koniec kuracji żółciowej ilość białka w surowicy znów podniosła się do 6,7%.

Obecnie jeszcze słów kilka o sposobie podawania żółci. Podajemy chorym naszym 4 razy dziennie po 1 gr żółci zagęszczonej (fel tauri inspissati wyrobu »Motor«) w kapsułkach żelatynowych, wzgl. w opłatkach po jedzeniu. Wobec tego jednak, że żółć przez spotęgowanie ruchu robaczkowego jelit, nieraz prowadzi do bardzo silnej biegunki, podajemy chorym, u których rozwolnienia unikamy, jednocześnie z żółcią środek ściągający pod postacią węglanu lub azotanu bizmutu lub też tanalbiny w dawkach od 0,25 do 0,76 gr kilka razy dziennie, zwiększając lub zmniejszając tę dawkę, zależnie od działania, jakie pragniemy osiągnąć. Musimy dodać, że naogół chorzy znosili lek ten doskonale, często sami dopominali się o powtórzenie go, czując, iż działa on sprawniej od innych leków moczopędnych.

S t r e s z c z e n i e. Żółć, jako środek moczopędny, jest cennym nabytkiem w leczeniu stanów obrzękowych. Swe działanie moczopędne żółć ujawnia najdoskonalej w obrzękach pochodzenia nerkowego. W niektórych przypadkach wybitnie upośledzonej czynności wydzielniczej nerek, gdzie działanie innych środków moczopędnych pozostaje całkiem bez skutku, można nieraz za pomocą żółci podnieść znacznie wydajność dobową moczu i wpłynąć energicznie na zmniejszenie się obrzęków.

Piśmiennictwo.

1) M e y e r i G o t t l i e b: Farmakologia. — 2) P o u l s s o n: Pharmakologie r. 1920. — 3) A. L a n d a u, M. F e j g i n i B. Łopieński: P. Gaz. Lekarska r. 1923. — 4) A s h e r: cytow. według Eppingera: Ueber Pathogenese u. Therapie des Menschlichen Oedems, str. 147 i 148.

Dr. MIKULIŃSKA Janina, asyst. kliniki. Lwów.

Ospica krowiankowa na tle spostrzeganych przypadków.

Z kliniki ocznej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor prof. dr. A. B e d n a r s k i).

Ospica krowiankowa narządu wzrokowego i dodatkowych jego części należy do chorób bardzo rzadkich. W piśmiennictwie polskiem spotykamy pojedyncze przypadki opisane przez B e d n a r s k i e g o (Tyg. lek. 1910), H o ł o d y ń s k i e g o (Tyg. lek. 1911) i R o s e n h a u c h a (Przegl. lek. 1911). W ubiegłym roku podczas masowego szczepienia dzieci przeciw ospie zgłosiły się na klinikę oczną prawie równocześnie cztery przypadki tego schorzenia.

P r z y p a d e k I. Zofia B. lat 2 szczepiona przed 5 dniami na przedramieniu ręki lewej z wynikiem dodatnim. W 3 dni po szczepieniu wystąpił u niej obrzęk powiek oka prawego tak znaczny, że dziecko oka roztworzyć nie mogło. Pojawiły się również obrzęk i zaczerwienienie skóry najpierw na grzbiecie śródręcza prawego, następnie ograniczone obrzęki na skórze klatki piersiowej i brzucha, prawdopodobnie następowo wskutek drapania rączkami.

Dnia 4. VI. 1923. dziecko przyjęto na klinikę, badanie wykazało: Powieka górna i dolna oka prawego miernie obrzękłe i zaczerwienione, na powiece górnej wzdłuż całego brzegu i na samym brzegu powiekowym płytki ubytek pokryty biało-szarym nalotem, nie dającym się usunąć, takie same zmiany na powiece dolnej przy kąciku zewnętrznym, granice ubytków ostro odgraniczone. Po rozchyleniu szpary powiekowej spojówka powiek miernie zaczerwieniona i obrzękła, wydzielina śluzowo-ropna mierna, gałka bez zmian. Na skrzydle nosa po stronie lewej, na grzbiecie ręki prawej, na klatce piersiowej i na brzuchu ubytki o brzegach wyniosłych, zaczerwienionych w przeciwstawieniu do zmian powiekowych gdzie skóra w otoczeniu ubytków nie jest wyniosłą, o dnie szaro-biało naciekłem. Ubytki te dochodzą wielkości soczewicy. Skóra policzka prawego zaczerwieniona, obrzmiała, gruczoł przyuszny po stronie prawej powiększony, bolesny. Cieplota 38° C. Po dwudniowym pobycie na klinice obrzęk i zaczerwienienie powiek ustąpiły zupełnie, mimo, że szare naloty na powiekach jeszcze się utrzymywały. Dalszych zmian nie mieliśmy już sposobności oglądać.

P r z y p a d e k II. Marjan W. lat 13 przyjęty na klinikę 11. VI. podaje, że przed 4 laty przebył ospę, w następstwie tejże pozostały liczne blizny rozsiane po twarzy, tułowiu i kończynach. Od 2 miesięcy tworzą mu się jęczmienie na powiece górnej oka lewego, brzeg tej powieki jest stale nieco zgrubiałym. Przed dwoma dniami pojawił się obrzęk i zaczerwienienie powiek oka lewego znaczniejsze niż dotychczas, chory oka roztworzyć nie może. Kilkuletnią siostrę chorego szczepiono przeciw ospie przed dwoma tygodniami z wynikiem dodatnim.

S t a n o b e c n y: oko l. powieka górna nieco obrzmiała, sinawo zabarwiona, na obu powiekach wzdłuż całego brzegu i na samym brzegu powiekowym płytkie ubytki pokryte szarym nalotem ściśle przylegającym, od części zdrowych ostro odgraniczone. Na powiece dolnej po stronie zewnętrznej i poniżej zmian opisanych cztery ogniska okrągłe szarych nalotów o średnicy 3—5 mm, ostro odgraniczone. Spojówka powiek przekrwiona, gałka bez zmian, wydzielina śluzowa, gruczoł przyuszny, gruczoły na szyji po stronie lewej powiększone, bolesne, ciepłota 38° C.

Na drugi dzień na powiece górnej w miejscu szarych nalotów ziarnina pokryta wydzieliną krwawą, obrzęk gruczołów znacznie mniejszy, ciepłota prawidłowa.

W kilka dni później obrzęk gruczołów ustąpił. Po tygodniu powieki w miejscach wyżej opisanych zgrubiałe w postaci wału pokryte różowym złuszczającym się naskórkiem.

P r z y p a d e k III. Rozalia L. zgłosiła się na klinikę 15. II. z następującym wywiadem: przed dwoma dniami zauważyła obrzęk powiek oka prawego, który następnego dnia tak się zwiększył, że oka roztworzyć nie mogła, ciepłota ciała miała być podwyższoną. Dziecko chorej szczepiono przed dwoma tygodniami przeciw ospie z wynikiem dodatnim.

S t a n o b e c n y: oko pr. powieka górna sinawo zabarwiona, naciekła, twarda, po stronie nosowej dochodząca grubości prawie 10 mm, odwinięcie nawet odchylenie tej powieki niemożliwe, powieka dolna nieco obrzękła, po odchyleniu tej ostatniej widzimy na brzegach obu powiek w miejscach przeciwległych po stronie nosowej i na wązkim rąbku skóry w sąsiedztwie brzegów i na mięsku łzowem szare naloty niedające się od podłoża oddzielić, ostrą linią od części zdrowych odgraniczone. Spojówka powieki dolnej, załamka dolnego przekrwiona, gładka, spojówka gałki w dolnej połowie (górna niewidoczna) nienastrzykana, watowato naciekła, wydzielina gęsta, o zabarwieniu brunatnawem, niezbyt obfita. Skóra czoła, policzka, oraz górnej części szyji po stronie prawej zaczerwieniona, gruczoł przyuszny, gruczoły podszczękowe znacznie powiększone, ciepłota prawidłowa.

Po dwu dniach naciek powieki górnej znacznie mniejszy, a po czterech wygląd tejże prawidłowy za wyjątkiem różowego gładkiego naskórka w miejscu ziarniny.

P r z y p a d e k IV. Sala D. lat 23. zgłosiła się na klinikę 15. IV. Od 10 dni utrzymuje się u chorej obrzęk i zaczerwienienie powiek oka prawego. Przed trzema dniami pojawiło się owrzodzenie po stronie wewnętrznej powieki dolnej oka prawego, obrzęk twarzy, szyji po stronie prawej. Dziecko chorej szczepiono przed kilkunastu dniami z wynikiem dodatnim.

S t a n o b e c n y: oko prawe: powieki zaczerwienione, obrzmiałe, na brzegu powieki dolnej po stronie wewnętrznej płytki ubytek, pokryty szaro-żółtym naciekiem, o granicach ostrych, równych — spojówka powiek, gałki bez zmian. — Skóra policzka po stronie prawej zaczerwieniona, obrzękła, gruczoły przyuszny i podszczękowe powiększone, przy dotyku bolesne — ciepłota prawidłowa. Następnego dnia na brzegu powieki górnej naprzeciw owrzodzenia powieki dolnej pojawił się ubytek zupełnie podobny do wyżej opisanego tylko nieco mniejszy. Późniejszych zmian nie mieliśmy sposobności oglądać.

L e c z e n i e we wszystkich 4 przypadkach było miejscowe, objawowe W pierwszych dniach polegało na stosowaniu okładów z płynu Bourowa na obrzękłe powieki, następnie zaś na stosowaniu maści borowej Celem uniknięcia dalszych zakażeń pouczono chorych, jakoteż osoby zajęte pielęgnowaniem tych ostatnich o konieczności utrzymywania czystości rąk. U dziecka dwuletniego założono na ręce manszety tekturowe.

W opisanych przypadkach zwraca uwagę w szczególności c z a s w y s t ą p i e n i a z a k a ż e n i a. W 3 przypadkach wystąpiły objawy zakażenia u osób przebywających z dziećmi szczepionemi w kilkanaście dni po szczepieniu, w jednym przypadku objawy samozakażenia u dziecka szczepionego już w kilka dni po szczepieniu. Zmiany chorobowe powstały tylko na jednem oku w postaci ostrej, przy podwyższonej ciepłocie i powiększeniu gruczołów, w miejscach najbardziej charakterystycznych dla ospicy krowiankowej narządu wzrokowego t. j. na samym brzegu powiek i na skórze powiek tuż przy brzegu. Podnieść dalej należy, że w przypadku IV. owrzodzenie wtórorzędne powstałe na powiece przeciwległej było mniejszem niż pierwotne. Według G r o e n o w a tłumaczy się to tem, że rozpoczynająca się odporność powstrzymuje dalszy rozwój owrzodzenia. Zupełnie nie mieliśmy powikłań ze strony rogówki. Niezwykłym w naszych przypadkach jest s z y b k i p r z e b i e g c h o r o b y

Ziarnina wytwarzała się po jednym, dwu dniach. W dwu przypadkach spostrzeganych aż do zakończenia się sprawy chorobowej ustąpiły wszystkie objawy do tygodnia bez pozostawienia blizn. Ten szczegół zasługuje na podkreślenie, gdyż dotychczas w opisywanych przypadkach w piśmiennictwie proces chorobowy ciągnął się znacznie dłużej. Według Fuchsa (Lerb. d. Augenh. 1922) zmiany chorobowe ustępują po 1 — 2 tygodniach, według Graenowa (Graef. Saem. 1910) i Grueffego (Atlas. d. äuss. Augenkr. 1909) po 2—3 tygodniach, w przypadku Bednarskiego po 2 miesiącach skóra powiek była jeszcze zaczerwienioną i nieco obrzękła. Jeden ze spostrzeganych przypadków rzuca także ciekawe światło na trwanie nabytej odporności ustroju. W przypadku II. mieliśmy bowiem do czynienia z ospicą krowiankową mimo przed 4 laty przebytej ospy, podczas gdy według Flüggego (Grund. d. Hyg. 1915) odporność po przebyciu ospy trwa zwyczajnie najmniej 10 lat, wyjątkowo tylko krócej. Zwrócić musimy wreszcie uwagę na stosunkowo znaczną ilość przypadków spostrzeganych w przeciągu krótkiego czasu, dość wspomnieć bowiem, że w ambulatorjach ocznych kliniki i szpitalika Św. Zofji we Lwowie zanotowano w ostatnich kilkunastu latach ledwie dwa odosobnione przypadki ospicy krowiankowej.

Z praktyki.

Dr. med. SASKI Stanisław. Warszawa.

Przypadek włośnicy z przemijającym brakiem leukocytów eozynochłonnych we krwi z zejściem pomyślnem.

(Z oddziału Obserwacyjnego szpitala Dzieciątka Jezus. Zarządzający S. Saski).

Lekarze amerykańscy Thayer i Brown pierwsi zwrócili uwagę na zwiększanie się liczby ciałek kwasochłonnych we krwi w przebiegu włośnicy. Spostrzeżenie ich potwierdzili następnie Gwyn, Schleipa, Stäubli i inni. Wymienieni autorowie, jak również Huebner, przeprowadzając wielokrotne systematyczne badania krwi w przypadkach spostrzeganych, stwierdzali znaczne wahania w liczbie leukocytów kwasochłonnych w przebiegu choroby. Z badań ich wynika, iż pogorszeniu stanu chorego towarzyszy zazwyczaj spadek liczby eozynofilów, tak, iż liczba ich może nieznacznie tylko przewyższać normę lub nawet może się obniżać poniżej normy. Z poprawą stanu występuje ponownie przyrost eozynofilów.

Badania doświadczalne przeprowadzone przez Stäubli'ego na zwierzętach wykazały, iż przed śmiercią zwierzęcia zakażonego włośniami następuje gwałtowny spadek liczby leukocytów eozynochłonych, niekiedy do zera, oraz spadek liczby limfocytów przy równoczesnym wzroście liczby ciałek obojętnochłonnych. W przebiegu włośnicy u człowieka brak eozynofilji lub też nawet zupełny brak leukocytów kwasochłonnych we krwi (aneozynofilja) zdarza się, według Stäubli'ego, wyłącznie w bardzo ciężkich, kończących się śmiercią przypadkach czystej włośnicy oraz w przypadkach powikłanych posocznicą.

Do kategorji przypadków włośnicy z brakiem ciałek eozynochłonnych we krwi należy, między innemi, przypadek opisany przez H. Kucharzewskiego, dotyczący 13-letniego chłopca, u którego jednorazowe badanie krwi wykonane w 4-ym tygodniu choroby, na parę dni przed śmiercią wykazało zupełny brak leukocytów kwasochłonnych. W przypadku tym nie wykonano posiewu krwi, przeto pozostaje otwartem pytanie, czy zniknięcie eozynofilów zależało od ciężkiego stanu, wywołanego przez chorobę zasadniczą, czy też od ewentualnego powikłania zakażeniem bakteryjnem. Przebieg ciepłoty przemawiałby jednak raczej za przypuszczeniem pierwszem. Tutaj wymienić należy również zakończony śmiercią przypadek Maase'go i Zondek'a, w którym na początku choroby stwierdzono brak leukocytozy i aneozynofilję, później zaś umiarkowaną leukocytozę z liczbą eozynofilów, nie przewyższającą normy.

Jak z powyższego wynika, stwierdzenie braku leukocytów kwasochłonnych we krwi w przebiegu włośnicy daje podstawę do rokowania niepomyślnego. Zejście pomyślne w przypadkach takich należy do rzadkości, nie jest jednak wykluczone, jak tego dowodzi przypadek, którego historję choroby podaję poniżej.

Chora B. P., lat 14, służąca, zamieszkała w Warszawie, przybyła na oddział obserwacyjny dn. 29. XII. 1922 r. Wywiady. Choroba rozpoczęła się nagle 22. XII ub. r. niedomaganiem ogólnem, wymiotami oraz bólami klatki piersiowej i kończyn. Równocześnie wystąpił obrzęk powiek, który w krótkim czasie doszedł do takich rozmiarów, że chora nic nie widziała. Pokasłuje. Stolec od początku choroby zaparty. Z chorób zakaźnych przebyła odrę, płonicę i ospę. Przed chorobą obecną jadała obrzynki mięsne. Czy zawierały one mięso wieprzowe, podać nie umie. Wędlin jakoby nie jadła. Z otoczenia chorej nikt w tym czasie na chorobę podobną nie zapadł.

Stan obecny. C. 40,2°. T. 128, małe, miękkie, miarowe. Chora przytomna. Budowa prawidłowa. Odżywienie mierne. Skóra blada. Twarz nieco obrzęknięta (»nalana«). Na powiekach nieznaczny obrzęk. W pachwinach oraz na powierzchni wewnętrznej ud i pośladków wyprysk sączący, którego pochodzenie chora tłumaczy tem, iż miejsca powyższe często ulegały zamoczeniu moczem dziecka, które piastowała na kolanach. Mięśnie dwugłowe ramion napięte, na ucisk bolesne. Obadwa przedramiona zgięte w stawach łokciowych pod kątem ostrym. Rozginanie ich z powodu wielkiej bolesności niemożliwe. Mięśnie piersiowe i międzyżebrowe jako też mięśnie ud i podudzi na ucisk bardzo bolesne. Kończyny dolne zgięte w kolanach, wyprostowywanie bierne, wywołuje silny ból. Język obłożony. W płucach wypukowo zmian nie stwierdzono, wdech na całej przestrzeni pęcherzykowy, w dole podobojczykowym prawym oraz w płatach dolnych obydwóch płuc z tyłu rzężenia drobnobańkowe. Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca czyste. Brzuch miernie wydęty, miękki, niebolesny. Brzeg wątroby macalny pod łukiem żebrowym. Śledziona niewymacalna. Odruchy kolanowe zniesione. Mocz o odczynie kwaśnym, zawiera ślad białka (0,03 ‰), cukru nie zawiera. Odczyn dwuazowy silnie dodatni. W osadzie nieco płaskich komórek nabłonkowych, leukocyty 20—40 w p. w., pojedyncze czerwone krążki, pojedyncze nabłonki z dróg moczowych. — Liczbę i wzór leukocytów we krwi, stwierdzone w dniu przybycia chorej do szpitala oraz przy badaniach następnych, podaję w zestawieniu osobnem. (Obliczenia wykonane były w pracowni szpitala. Dr. S. Mutermilch).

Jakkolwiek 1-sze badanie krwi oraz dwa następne wykazały zupełny brak leukocytów eozynochłonnych przy ogólnej liczbie ciałek białych około 18.000, jednak na podstawie danych otrzymanych z wywiadów oraz na podstawie zespołu objawów klinicznych stwierdzonych badaniem przedmiotowem rozpoznałem włośnicę.

Stan chorej w ciągu 1-go tygodnia pobytu w szpitalu, t. j. w ciągu 2-go tygodnia choroby, był bardzo ciężki. Sprawa chorobowa objęła stopniowo mięśnie szyji. Ciepłota dochodziła wieczorami do 39°—40,2° i dopiero 6. I. 1923, t. j. 16-go dnia choroby obniżyła się do 38.4° (wieczór). Równocześnie osłabły nieco bóle mięśniowe i chora stopniowo zaczęła odzyskiwać zdolność rozginania przedramion i podudzi. Bolesność jednak przy ruchach w stawach łokciowych ustąpiła całkowicie dopiero około 10. II., t. j. po 50 dniach od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Od 15. I. (25 dz. choroby) do 7. II. (48 dzień choroby) utrzymywał się stan podgorączkowy, poczem nastąpił okres bezgorączkowy, przerwany tylko dwudniowem podniesieniem ciepłoty do 36.6°—37.8° wywołanem przez mieszkowe zapalenie migdałków. Objawy nieżytu oskrzeli, z któremi chora przybyła do szpitala, ustąpiły mniej więcej w ciągu tygodnia. Wyprysk na udach wygoił się w przeciągu kilku dni po zastosowaniu pasty Lassara. W okresie zdrowienia wystąpiło powiększenie i bolesność wątroby, utrzymująca się prawie do końca pobytu chorej w oddziale. Chora wypisała się w stanie wolnym od wszelkich dolegliwości dnia 26. III. 1923 r., 95 dnia od początku choroby.

Leczenie polegało na podawaniu chorej przez cały przeciąg choroby salolu z atropiną, ponadto w okresie początkowym otrzymywała chora kamforę i kalomel.

Jak widać z zestawienia wyników badania krwi, w przypadku niniejszym mieliśmy do czynienia z zupełnym brakiem leukocytów eozynochłonnych w przeciągu 2-go i 3-go tygodnia choroby. Wyżej zaznaczyłem już, iż objaw ten, na podstawie spostrzeżeń Stäubli'ego, stwarza rokowanie niepomyślne. Przypadek nasz wyróżnia się tem, iż mimo aneozynofilji zakończył się wyzdrowieniem chorej.

Na pytanie, jakie czynniki spowodowały zniknięcie eozynofilów z krwiobiegu w początkowym okresie choroby, trudno dać odpowiedź stanowczą. Mogłoby tu wchodzić w grę bądź nadmiernie silne zakażenie włośniami, działające chemotaktycznie ujemnie na leukocyty eozynochłonne, bądź zakażenie wtórne pochodzenia bakteryjnego. Rozstrzygnięcie tego pytania na drodze badania bakterjologicznego krwi okazało się

Data	Dzień choroby	Ciepłota	Liczba biał. ciałek	Neutrofile %	Eozynofile %	Eozynofile Liczba absolutna	Bazofile %	Limfocyty %	Mono i przejściowe %
29. XII. 1922	8	40,2°	18000	84	0		—	12	4
3. I. 22.	13	37,6°—39°	16000	81	0		—	15	4
8. I.	18	37,2°—38,2°	19000	84	0		—	12	4
15. I.	25	37,6°—37,8°	12000	74	1	120	—	22	3
24. I.	34	37.2°—37.8°	20000	62	7	1400	—	26	5
31. I.	41	37°—37,4°	18000	52	18	3240	—	26	4
5. II.	46	37°—37,4°	16000	39	20	3200	—	35	6
13. II.	54	36.6°—37,2°	16000	41	24	3840	—	32	3
24. II.	65	36,6°	9400	43	24	2256	—	28	5
8. III.	77	36,8°	8000	34	6	480	—	54	6
23. III.	92	36,6°	12000	55	6	720	1	35	3

niemożliwe, gdyż pobrania krwi z żyły w przegubie łokciowym nie można było wykonać z powodu silnego przykurczenia przedramion. Z zachowania się innych czynników, a więc przedewszystkiem obojętnochłonnych, z przebiegu ciepłoty, tętna i t. d. żadnych pewnych wniosków, przemawiających za lub przeciw zakażeniu dodatkowemu wyciągnąć się nie daje. Co się tyczy zmian nieżytowych w płucach oraz wyprysku na udach, to nie sądzę, aby sprawy te, ze względu na swe nasilenie, mogły spowodować zupełne zniknięcie eozynofilów z krwiobiegu, tem bardziej, iż leukocyty eozynochłonne zaczęły się zjawiać we krwi dopiero około 10-go dnia po ustąpieniu zmian wymienionych.

Drugą cechą naszego przypadku, zasługującą na uwagę poza aneozynofilją, jest stopniowy i bardzo powolny przyrost leukocytów eozynochłonnych we krwi. Liczba ich dochodzi do szczytu dopiero w 8-ym tygodniu choroby, gdy ciepłota wykazuje nieznaczne już tylko i niestałe wzniesienia podgorączkowe. Zjawisko to odpowiada spostrzeżeniu **Huebnera**, który stwierdził, iż najwyższy stopień eozynofilji przypada nie na okres największego natężenia choroby, lecz na okres bezgorączkowy.

Co się tyczy innych rodzajów białych ciałek krwi, a mianowicie leukocytów, to zachowanie się ich w przypadku naszym nie przedstawiało nic szczególnego: przy trwającej przez cały czas spostrzegania leukocytozie na początku choroby wystąpiła dość znaczna neutrofiloza, w okresie zaś zdrowienia stwierdzono swoistą dla tego okresu limfocytozę przy zmniejszonej liczbie leukocytów obojętnochłonnych.

Piśmiennictwo.

1) Thayer i Brown. Lancet 1898. i Journ. of exper. Med. Nr. 2. 1898. Cyt. podług Stäubli'ego. — 2) Gwyn. C. f. Bakt. XXV. Nr. 21. p. 22. 1899. Cyt. podług Stäubli'ego. — 3) Schleip I. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 80. 1—2. p. l. 1904. — 4) Stäubli. C. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 85. 3—4. p. 286. 1905. — 5) Tenże. Trichinosis. XII + 295. Wiesbaden. 1909. — 6) Huebner. D. Arch. f. kl. Med. 104. 3-4. p. 286. 1911. — 7) Kucharzewski St. Medycyna i Kron. Lek. 1918. — 8) Maase C. i Zondek H. Münch. m. Woch. Nr. 30. p. 968. 1917.

Dr. H. LINHARDT-LENARTOWSKI, Lwów.
sekundarjusz szpitala powszechnego.

Przypadek żebra szyjnego.

Z pracowni roentgenologicznej szpitala powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. T. Vrabetz.

Występowanie żeber szyjnych jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem, może jednakowoż w praktyce nastręczać wątpliwości rozpoznawcze, które z łatwością rozstrzyga badanie radjologiczne, jak to miało miejsce i w naszym przypadku.

Żebra szyjne występują jednostronnie lub obustronnie, odchodzą najczęściej od VII. kręgu szyjnego VI. lub V., zaś Szawłowski i Fischel opisali 2 przypadki żebra szyjnego IV. kręgu. Według statystyki Streislera, który ogłosił obszerną monografję w tym przedmiocie, na 200 przypadków było 140 kobiet i 60 mężczyzn, 52% obustronnie a 48% jednostronnie, z tej liczby 304 po stronie lewej.

Według podziału Grubera możemy odróżnić 4 stopnie w rozwoju żeber szyjnych:

Grupa pierwsza obejmuje przypadki, gdzie żebro szyjne nie sięga poza wyrostek poprzeczny kręgu, w przypadkach grupy drugiej jest ono dłuższe od wyrostka poprzecznego i zakończone wolno lub zrośnięte z częścią kostną pierwszego żebra piers.

Do trzeciej grupy należą żebra szyjne, które dochodzą do części chrzęstnej I-go żebra, wreszcie do grupy czwartej zaliczamy żebra szyjne zupełnie rozwinięte, połączone z częścią chrzęstną I-go żebra tuż przy mostku.

Gruber odróżnia żebra szyjne prawdziwe i rzekome. Pierwsze posiadają prawidłowo rozwiniętą główkę, szyjkę i guzek, a łączą się zapomocą stawu, zrostu kostnego lub syndezmozy z trzonem i wyrostkiem poprzecznym kręgu. Żebrom rzekomym brak główki i szyjki, łączą się one z końcem wyrostka poprzecznego kręgu, zapomocą stawu prawdziwego lub syndezmozy.

Połączenie końca distalnego z częścią kostną I-go żebra szyjnego może być włókniste, stawowe, lub kostne. W przypadkach połączenia kostnego lub stawowego, spostrzega się na trzonie I-go żebra piers. wzgórek kostny 1—2 cm wysoki, a trzon żebra distalnie od miejsca połączenia jest w całości zgrubiały, jak gdyby zlany z częścią distalną żebra szyjnego (jak to ma miejsce w naszym przypadku).

Z istnieniem żeber szyjnych są często połączone inne zmiany w układzie kostnym klatki piersiowej, najczęściej wygięcie kręgosłupa szyjnego zwrócone wypukłością ku stronie żebra, któremu często towarzyszy wygięcie wyrównawcze kręgosłupa piersiowego. Łopatka jest w tych przypadkach często przesuniętą ku górze.

W zakresie układu mięśniowego spotykamy często odmiany w obrębie mm. scaleni i intercost. Najważniejsze są jednak zmiany w przebiegu tętnicy podobojczykowej i splotu nerwowego szyjnego, które są często powodem poważnych objawów klinicznych.

Żebra szyjne są prawdopodobnie cechą embrjonalno-atawistyczną. Wyrostki poprzeczne kręgów szyjnych nie odpowiadają wyrostkom poprzecznym kręgów piersiowych, lecz składają się one z 2 części: część dorsalna odpowiada wyrostkom poprzecznym, część wisceralna zaś stanowi zawiązek żebra. O ile nie przychodzi do prawidłowego połączenia obu tych części wyrostka poprzecznego, tworzy się przez rozrost części wisceralnej żebro szyjne. Nie chcąc się rozwodzić nad licznemi teorjami zajmującemi się tą kwestją, chciałbym parę słów poświęcić części klinicznej.

Żebra szyjne w większości przypadków nie sprawiają żadnych dolegliwości — jednakowoż w 5—10% wywołują liczne, czasem poważne objawy. Dolegliwości te mogą powstawać stopniowo, lecz skutkiem przyczyn dodatkowych może przyjść do nagłego nasilenia objawów, zwłaszcza gdy żebro dozna choćby drobnego przesunięcia względem otoczenia; szczególnie mam tu na myśli tętnicę podobojczykową i splot szyjny.

Do przyczyn tych głównie zaliczamy:

Szybki wzrost — to też pierwsze objawy występują w okresie pokwitania lub też u ludzi starszych skutkiem zwapnienia chrząstki żebra:

jakiekolwiek urazy np. u wojskowych często ucisk karabinu lub plecaka:

retrakcja szczytu płuc w przebiegu gruźlicy, którą często spotykamy u takich osobników, gdyż w myśl poglądów Freuda przychodzi do zmniejszenia ruchomości szczytów

procesy chorobowe w otoczeniu np. bujanie kostniny po złamaniu obojczyka:

neuritis toxica w obrębie splotu szyjnego;

miażdżyca tętnicy podobojczykowej.

Objawy kliniczne, które może wywołać istnienie żebra szyjnego, możemy podzielić na trzy grupy:

1) Obecność tumoru w dołku nadobojczykowym,

2) objawy ze strony narządu krążenia,

3) objawy ze strony układu nerwowego.

Tumor przedstawa się jako guz twardy, zbity, skóra nad nim przesuwalna, przy ruchach oddechowych nie przesuwa się. Często wyczuć można nad nim postronkowate pasma — jestto splot szyjny, lub wybitne tętnienie od przebiegającej nad żebrem tętnicy podobojczykowej. Objawy ze strony narządu krążenia, uwarunkowane są głównie nieprawidłowym przebiegiem tętnicy podobojczykowej nad żebrem. Przy silniejszym rozwoju żebra przychodzi do pociągnięcia tętnicy ku górze, a tem samem do zwężenia jej światła. Wyrazem tego są szmery lub syczenia, które stwierdzamy przysłuchowo, oraz silne tętnienie, a w kończynie brak lub znaczne osłabienie tętna, występujące niekiedy stale, czasem tylko przy pewnych ruchach.

W przypadkach dalej posuniętych spostrzegamy bladość kończyn i obniżenie jej ciepłoty, zaniki mięśni, zakrzepy a nawet zgorzel.

Przez uszkodzenie ściany tętnicy, może się też utworzyć tętniak. Ucisk na żyłę podobojczykową wywołuje sinicę i obrzęk kończyny.

Odnośnie do objawów ze strony układu nerwowego spotykamy najczęściej zmiany czuciowe a mianowicie bóle i parestezje, rzadziej hyp- i anestezje.

Oprócz tego występuje zmniejszenie siły mięśni, porażenia, przykurcze, niekiedy zanik mięśni. Opisują też zmiany troficzne na skórze, dalej zmiany sekretoryczne i wasomotoryczne. Zmiany opisane występują głównie w obrębie odcinka ostatniego szyjnego i I. pierś. Przy rozpoznaniu różniczkowem musimy uwzględnić znaczną ilość obrazów chorobowych. Tumor w dołku nadobojczykowym uchodzi często za nowotwór lub zniekształcenie I. żebra a nawet obojczyka, dalej wchodzą tu w grę guzy gruczołów chłonnych. Silne tętnienie tętnicy nadobojczykowej przebiegającej nad żebrem, może być powodem do mylnego rozpoznania tętniaka, sinica i bladość kończyny każe myśleć o chorobie Raynauda.

Objawy ze strony układu nerwowego, występujące przy istnieniu żeber szyjnych mogłyby prowadzić do mylnego rozpoznania neuritis, pachymeningitis hypertrophica cervicalis, polyomyelitis, licznych postaci zaniku mięśni, syringomyelji lub akroparestezji.

Ze schorzeń chirurgicznych wchodzi tu w grę caput obstiput, a to w przypadkach powikłanych skrzywieniem kręgosłupa. Co do terapji, to jak już zaznaczyłem, w wielu przypadkach żebra szyjne nie sprawiają żadnych dolegliwości, tem samem leczenie jest zbyteczne. W przypadkach lżejszych stosuje się leczenie zachowawcze a mianowicie kąpiele, masaż, suspenzję górnej kończyny i t. d. W przypadkach dalej posuniętych istnieje bezwzględnie wskazanie do zabiegu, który polega na całkowitem wyłuszczeniu żebra wraz w okostną. Zabieg technicznie trudny, na co wpływa zwłaszcza sąsiedztwo wielkich naczyń, małe wymiary pola operacyjnego, głębokie położenie żebra oraz możliwość wywołania porażeń przez uszkodzenie pni nerwowych.

Wynik zabiegu w wielkiej liczbie przypadków jest korzystnym, według obszernej statystyki Streisslera na 77 przypadków operowanych uzyskano w 55 wyleczenie, w 9 znaczną poprawę, a tylko w 7 zabieg okazał się bezskutecznym.

Przypadek nasz dotyczy dziewczyny 19-letniej, z zawodu tancerki, która zgłosiła się do ambulatorjum szpitala powszechnego z powodu guza rosnącego od kilku lat w prawym dołku nadobojczykowym. Poza oszpeceniem guz nie sprawia żadnych dolegliwości. Badanie kliniczne oprócz twardego guza w dołku nadobojczykowym żadnych zmian nie wykazało.

Celem rozstrzygnięcia, czy ma się do czynienia z mięsakiem kostnym, czy też z żebrem szyjnem, przysłano chorą do pracowni roentgenologicznej. Na radjogramach, wykonanych w kierunku przednio-tylnym, tylno-przednim i skośnym zauważyć można po stronie prawej, powyżej I-go żebra nadliczbowe żebro, wychodzące od VII-go kręgu szyjnego, i z nim artykulujące. Wyrostki poprzeczne kręgu, zwłaszcza prawy silniej rozwinięte. Distalny koniec żebra szyjnego łączy się zapomocą stawu z wyrostkiem kostnym, około 2 cm wysokim, który znajduje się na trzonie I-go żebra piersiowego. Staw ten uderzająco przypomina stawy pomiędzy członami palców. Część przymostkowa I-go żebra piersiowego jest zgrubiała.

Wobec braku wszelkich dolegliwości w naszym przypadku, nie zachodziło wskazanie do zabiegu, ograniczono się jedynie na pouczeniu chorej co do istoty guza.

Piśmiennictwo:

1) Streissler: Die Halsrippen Erg. der Chir. u. Orthop. T. V. — 2) Schinz: Varationen der Halswirbelsäule Fortschritte a. d. Roentgenstr. T. XXXI. Z. 5/6.

Dr. med. Tomasz KOŻUCHOWSKI. Lublin.

Niezwykłe ciało obce w mózgu.

Mężczyzna lat 55 z zawodu cieśla dnia 14. IV. 1923 r. zgłosił się do szpitala Św Jana Bożego na mój oddział ze skargami na bóle w pęcherzu. Wywiady: Około 2o marca b. r. wychodząc w nocy na dwór przewrócił się przez wysoko ustawiony dyszel wozu, tak iż wywrócił koziołka i upadł, głową uderzając o bruk z wysokości 1 metra. Bezpośrednio po upadku powstał i wrócił do mieszkania o własnych siłach, nie czując wybitnego bólu. Chory twierdzi, iż miejsce stłuczone na czaszce nie krwawiło i natychmiast po upadku, jak również w ciągu pierwszego tygodnia nie doznawał żadnych dolegliwości, czuł się zupełnie dobrze. Po tygodniu zaczął doznawać bólów głowy i zawrotów — jednak nie zwracał na to uwagi.

Dnia 14 kwietnia zgłosił się do szpitala z powodu choroby pęcherza; na głowę się nie skarżył, jakkolwiek bóle głowy nie ustępowały.

Stan obecny: — Chory wzrostu średniego, budowy i odżywienia miernego — w płucach i w sercu zmian wybitnych nie ma. Na szczycie głowy mała ranka, prawie niewidoczna, przy ucisku wydobywa się kropla ropy — przy obmacywaniu miejsce rany jakby nieco zgrubiałe — mało bolesne na ucisk. — Chory samą ranę bagatelizuje — główne skargi na częste oddawanie moczu, pieczenie. Analiza moczu wykazuje ślad białka, ciałka ropne dość liczne, odczyn alkaliczny. Stan bezgorączkowy — chód zwolniony — apetyt dobry.

Dnia 23. IV. r. b — na 24-go w nocy dostał silnych drgawek w lewej nodze.

Dnia 24. IV. stwierdzono:

Niedowład lewej kończyny dolnej, chory nie może poruszać nogą swobodnie i w ruchach zginania pomaga sobie ręką; — clonus; Babiński, odruch kolanowy na lewej znacznie żywszy; — czucie bez zmiany, zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych oraz w zakresie górnej kończyny brak. Ciepłota prawidłowa, tętno dobrze napięte.

Powyższe objawy skłoniły mnie do zabiegu operacyjnego. Dnia 25. IV. b. r. przystąpiłem do trepanacji — po odsłonięciu płatu skórnego na samym szczycie czaszki — na kości zauważyłem ciemny punkt przy dotyku twardy i nieruchomy — pincetką nie daje się poruszyć; — po bliższem oczyszczeniu pola operacyjnego widoczna jest główka gwoździa mocno i ściśle przylegającego do kości czaszkowej. — Chwyciwszy mocnemi haczykowatymi szczypczykami wyciągnąłem gwóźdź długości 3 cm, który tu demonstruję, zardzewiały — z otworu wydobyło się parę kropli ropy; — licząc się z możliwością ropnia kilkakrotnie nakłółem igłą okolicę rany, lecz na ropę nie natrafiłem — wstawiłem sączek

Dnia 26. IV. r. b. stan bezgorączkowy — ruchy w lewe. kończynie łatwiejsze — clonus, Babiński.

28. IV. opatrunek. Rana czysta — sączek usunąłem — stan bezgorączkowy. Do dnia 12 maja t. j. przez 17 dni po zabiegu stan chorego dobry, bezgorączkowy — bóle głowy ustąpiły — samopoczucie dobre — rana zagojona.

Dnia 13. VI. nagle ciepłota 40,4 — ból głowy — otworzyłem brzeg rany — wydobyło się nieco ropy. Stan wysokiej ciepł. trwał przez 7 dni następnie stopniowo się obniżał i 23. V. aż do 15 czerwca ciepł. prawidłowa.

Dnia 16. VI. ciepł. 40·4 — nastąpiły drgawki — stan ogólny ciężki — i dnia 20. VI. nastąpiła śmierć. Sekcji nie dokonałem wskutek nieobecności w Lublinie.

Powyższy przypadek uważam za niepowszedni i dlatego o nim komunikuję. Niezwykłość tego przypadku polega według mnie na samej dziwnej technice wbicia gwoździa do mózgu, na braku jakichbądź objawów mózgowych przez czas dłuższy, dobre samopoczucie chorego i stan bezgorączkowy. Wskutek niedokonania sekcji nie mogłem stwierdzić przyczyny zejścia śmiertelnego.

Sprawozdania poglądowe

Dr. Teresa HELLERÓWNA, asyst. kliniki. Lwów.

O leczeniu rzeżączki u kobiet.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Kierownik: Doc Dr. Bocheński.

Leczenie rzeżączki u kobiet przebiega w dwu skrajnych kierunkach. Na jednym końcu stoi leczenie czynne, które dosięga bezpośrednio zarazków chorobotwórczych we wszystkich możliwych zaułkach zapomocą silnych jadów. Przeciwne zapatrywanie, oparte na twierdzeniu, że zarazek nie może być zniszczony bez równoczesnego uszkodzenia tkanek, prowadzi do leczenia zachowawczego: zadanie wyeliminowania drobnoustrojów chorobotwórczych pozostawia się ustrojowi wzmacniając jedynie jego siły obronne przez odpowiednie postępowanie. Pomiędzy temi skrajnemi zapatrywaniami istnieje niezliczona wprost ilość przejść.

Oddawna zaznacza się wybitna różnica w postępowaniu leczniczem między dermatologami a ginekologami. Przyczyny należałoby się dopatrywać głównie w różnicy materjału. Dermatolog, który spotyka się codziennie z przypadkami świeżych zakażeń śluzówki u prostytutek będzie jak najenergiczniej przeprowadzał systematyczne leczenie miejscowe, by jak najszybciej usunąć źródło zakażenia. Ginekolog widzi jedynie stadja późniejsze zakażenia — jakoto zapalenie przydatków, przymacicza, otrzewnej miednicy małej i t. p.

Młoda mężatka lub dziewczyna uważa zwykle upławy, które wystąpiły nagle po obcowaniu płciowem za następstwo tegoż, wszelkie dolegliwości, jak cieczenie przy moczeniu lub obrzęk sromu odnosi do urazu błony dziewiczej — wstydzi się pójść do lekarza: czeka więc i zwleka; pieczenie przy oddawaniu moczu znika szybko, upławy ustępują, rzeżączka przechodzi w stan przewlekły, i tak trwa bez objawów miesiące a nawet i lata, by nagle w związku z miesiączką zaostrzyć się, i postępować ku górze. Gwałtowne objawy napadowe, bóle w podbrzuszu zmuszają chorą do zgłoszenia się do lekarza. Asch i Wolf podają, że niejednokrotnie zapalenie rzeżączkowe sromu u dziewczynek, niewyleczone w dzieciństwie przygasa samoistnie, by po zamążpójściu odzyskać dawną zjadliwość i zakazić mężczyznę.

O sposobie leczenia decyduje więc jak widzimy trwanie procesu chorobowego. Lekarz chorób kobiecych musi być z góry przygotowany na leczenie długotrwałe, polegające częściej na uśmierzaniu bólów niż na właściwem leczeniu przyczynowem.

Leczenie rzeżączki przedsionka, cewki oraz pochwy niema dla ginekologa takiego znaczenia, jak zakażenie wyższych dróg rodnych. W ostrym stanie bywa rokowanie dobre, częstokroć można się obejść w tych przypadkach bez leczenia miejscowego; przewlekła rzeżączka cewki wymaga jednak dłuższego leczenia ogólnego i miejscowego.

Zadanie leczenia w przypadkach podostrych oraz przewlekłych polegać będzie na zabiciu względnie wydaleniu zarazków z ustroju. Przy znanej wrażliwości dwoinek rzeżączkowych dałoby się to z łatwością urzeczywistnić, gdyby proces chorobowy toczył się jedynie na powierzchni błony śluzowej. Atoli w większości przypadków wędruje zarazek chorobotwórczy w głąb tkanek popod warstwę przybłonka i staje się niemal niedostępnym leczeniu. Jeśli więc przyszło do powikłania procesu chorobowego, nie wystarczy powierzchowne traktowanie błony śluzowej.

W tych przypadkach należy używać takich środków, które są obdarzone należytą siłą wnikania, alboteż znaleźć drogę do zarazka przez zniszczenie przybłonka. Jako swoisty środek wyjaławiający oraz ściągający stosuje się srebro w postaci różnych przetworów białkowych, jak albargina, ichtargan, protargol, argaldyna, argentamina, i t. d. i t.p. Preparaty srebrowe nie posiadają jednak wybitnych własności wnikania w głąb.

Jak wykazały badania Schäffera posiada azotan srebra możność najgłębszego działania wnikającego a to dzięki zdolności jonizacji. Pod wpływem srebra tworzy się strup, który stanowi potężny bodziec zapalny. Powstały białczan srebra rozpuszcza się w sokach tkanek, zwiększony zaś prąd chłonki wydobywa w głębi ukryte dwoinki czyniąc je dostępnemi dalszemu działaniu srebra.

Z innych środków stosowanych miejscowo niezłym okazał się cholevał zawierający 10% srebra w zawiesinie cholanu sodu jako koloidu ochronnego. Wprowadził go do leczenia Löhlein, który zauważył szybkie wyleczenie ropotoku u noworodka dotkniętego żółtaczką. Jako dodatni wpływ cholevalu podają zdolność rozpuszczania wydzieliny oraz niszczenia ciałek ropnych. Dzięki tej własności dwoinki wewnątrzkomórkowe łatwiej obumierają, w następstwie czego szybko znikają upławy.

W ostatnich latach stosują niejednokrotnie trypaflawinę (1:4.000, 1:1.000). Leczenie miejscowe kombinują niektórzy (Haupt, Fürstenau) z równoczesnem wlewaniem dożylnem skracając w ten sposób czas leczenia.

Mniej używane natomiast są środki ściągające, jak formalina, siarczan miedzi oraz chlorek cynku.

Autorowie amerykańscy (O. Conor i B. Corbus) leczą rzeżączkę szyjki macicy oraz cewki energją cieplną elektrody czynnej wprowadzonej do kanału szyjki, działając przez 40' ciepłem 46° chora znosi zabieg bez uczucia jakiegokolwiek bólu. Po kilkakrotnem powtórzeniu leczenia znikać mają z wydzieliny dwoinki w przeciągu kilku tygodni.

Do przepłukiwań pochwy z wydzieliny używa się przeważnie roztworu ałunu lub mieszanki Ultzmanna (*acidi carbolici, zinci sulphuric, Alum. crudi aa* 0.6 [300.0). Niektórzy leczą upławy na tle rzeżączki, podobnie, jak upławy nieswoiste na sucho mieszanką glinki ze srebrem, cukru ze srebrem, drożdżami sproszkowanemi, wreszcie t. zw. spumanami wytwarzającemi bezwodnik kwasu węglowego, który ma zdolność wyjaławiania zaułków błony śluzowej pochwy.

Leczenie ogólne polega na wprowadzaniu leków drogą krwi. Pierwsze próby na tem polu poczyniono z kolargolem. Na podstawie obszernego materjału rzeżączki u dzieci, dorosłych i ciężarnych dochodzi Menzi do wniosku, że rzeżączka leczy się szybciej przy równoczesnem leczeniu miejscowem. Inni, jak Sommer leczyli jedynie przez wlewania dożylne, jednakże bez dodatnich wyników.

Z prac Voigta wiadomo, że po wprowadzeniu do krwiobiegu metali w stanie rozprószenia koloidalnego — cząsteczki metalu szybko przestają być czynne, wydzielają się z krwi i osiadając w wątrobie, śledzionie, nerkach oraz szpiku kostnym. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z działaniem na ustrój białka własnego rozpadającego się pozajelitowo pod wpływem wprowadzonego koloidu. Doświadczenie zaś kliniczne poucza, że środki tego rodzaju wywierają korzystny wpływ jedynie w przypadkach przewlekłych rzeżączki zamkniętej.

Z innych połączeń metalowych wprowadzili Haupt i Nast krzemian miedzi dożylnie z równoczesnem podawaniem błękitu metylenu na wewnątrz oraz miejscowo; próbowali w ten sposób skrócić czas leczenia, jednakże jak się okazało zbyt gwałtowne były objawy uboczne, by środek ten móc stosować ogólnie.

Voorman leczy rzeżączkę wlewaniem argochromu bez leczenia miejscowego; wyniki otrzymał zadowalniające.

Raboth wszykuje gonoyatren, jako środek swoisto-nieswoisty, Odczyn w postaci gorączki wystąpił u wszystkich chorych, jednakże wyleczenia procesu chorobowego ni uzyskał. Z 20-stu przypadków udało mu się wyleczyć tylko

jeden przypadek zakażenia połogowego, który prawdopodobnie równie dobrze mógłby się wyleczyć samoistnie.

Scholtz i Richter wlewali dożylnie cukier gronowy w 50%-wym roztworze i zauważyli przemijający szybki rozrost dwoinek rzeżączkowych, które potem miały się stawać bardziej wrażliwe i dostępne działaniu bezpośredniemu środków leczniczych.

Richter i Steinberg polecają wlewania cukru — jako dzielny środek prowokacyjny.

Co do leczenia rzeżączki górnych dróg rodnych — zdania różnych autorów dziś jeszcze znacznie od siebie odbiegają. Po okresie zbytniej polipragmazji nastąpił okres leczenia ogólnego zachowawczego. W ostatnich jednak latach przebija się znowu kierunek leczenia miejscowego rzeżączki macicy, popierany przez dermatologów. Ginekolodzy przeważnie czekają aż do ustąpienia objawów ostrych, do zabiegów leczniczych miejscowych zaś nie przystępują prędzej, jak po upływie 3—4-ch miesięcy zakażenia, nawet wtedy, gdy mają do czynienia z wyłącznem zajęciem szyjki (Naujoks). Niestety daje się dotkliwie odczuć brak statystyk, któreby dały możność porównania wyników leczenia oraz wykazały częstość postępowania procesu chorobowego ku górze przy leczeniu czynnem we wczesnych stadjach zakażenia.

Przejdziemy pokrótce oba rodzaje leczenia.

Leczenie zachowawcze polegać będzie przeważnie na ogólnych zabiegach djetetyczno-fizykalnych: zaleca się bezwzględny spokój, leżenie w łóżku przez dłuższy przeciąg czasu, zwłaszcza podczas miesiączki, wstrzymanie się od obcowania płciowego, uregulowanie czynności jelit, środki moczopędne i t. d. Leczenie takie należy uważać za bezsprzecznie jedynie racjonalną metodę leczenia. Jak poucza doświadczenie kliniczne rzeżączka górnych dróg rodnych nie ogranicza się jedynie do błony śluzowej wnętrza macicy. Z chwilą bowiem zajęcia jamy macicy przechodzi proces chorobowy równocześnie na przydatki oraz otrzewną miednicy małej. Nie dziw też, że w ostatniem dziele Halbana i Seitza spotkamy się z twierdzeniem, że świeżo zaatakowana macica przedstawia *»noli me tangere«* w leczeniu. R. Köhler radzi w podobnych przypadkach ograniczyć się jedynie do kąpieli lapisowej (2—5%) we wzierniku rurkowym; jeśli dostęp do części pochwowej jest utrudniony wprowadza on ostrożnie na sondzie lapis 2% lub formalinę 50%-ową do szyjki starając się o ile możności nie przekroczyć okolicy ujścia wewnętrznego. Zdaniem jego już samo uchwycenie wargi przedniej kulociągiem i ściągnięcie jej ku dołowi wystarczy do rozdmuchania przygasającego już procesu chorobowego. Przy rozszerzaniu zaś szyjki najdelikatniej nawet musi się spowodować drobne, niedostrzegalne pęknięcia błony śluzowej i otworzyć tem samem wrota infekcji w głąb tkanki przymacicza. Bolesne manipulacje wewnątrz macicy powodują jej skurcze oraz zmianę położenia, co prowadzi do rozszerzania się zakażenia na otrzewną. Wstrzykiwania do jamy macicy pociągać mogą za sobą przedostawanie się płynu zakaźnego do jamy brzusznej

Z drugiej strony cały zastęp badaczy nie waha się leczyć rzeżączki macicy w sposób najbardziej radykalny. Autorowie ci twierdzą, że przy zajęciu wnętrza macicy staje się illuzorycznem leczenie szyjki, ponieważ z górnych dróg rodnych wciąż nowe napływają zarazki. W obszernej pracy, jaka się ukazała przed dwoma laty ze stacji rzeżączkowej we Wrocławiu podnoszą Asch i Wolf korzystne wyniki zupełnego wyleczenia u kobiet po traktowaniu miejscowem błony śluzowej cewki, pochwy, szyjki, wnętrza macicy oraz odbytnicy. Autorowie ci są zdania, że w przeważającej liczbie przypadków przychodzi do rzeżączkowego zakażenia odbytnicy spływającą z pochwy wydzieliną. Bardzo ostrożnie leczą wnętrze macicy przez wprowadzenie leków na sondzie płytkowej Pagenstechera wprowadzonej do ginekologji przez Saengera. Wolf i Asch idą tak daleko, że leczą miejscowo szyjkę macicy u ciężarnych do V-go miesiąca ciąży, zaś w czasie miesiączki zbyt obfitej i długotrwałej wprowadzają do wnętrza macicy środki hamujące krwawienie. Jako środków leczniczych używają roztworu tryparflawiny (0,5—5%) albo przetworów siarko-jodowych w oliwie; odbytnicę leczą przez wstrzykiwanie do wnętrza płynnej maści lapisowej. Na zakończenie swej pracy zwracają się wspomniani autorowie do wszystkich Towarzystw ginekologicznych w Niemczech celem ustalenia norm ogólnych w leczeniu rzeżączki z nadzieją, iż w przyszłości przy odpowiedniej współpracy wszystkich zakładów leczniczych znajdzie się wreszcie metoda najodpowiedniejszego leczenia.

Inni autorowie leczą miejscowo wnętrze macicy przez wprowadzanie środków leczniczych strzykawką Brauna. Celem przedłużenia działania danego leku sporządzają niektórzy pręciki zawierające preparaty srebrowe, choleval, caviblen (Ag+sole uranu) lub też kombinację cukru, gumy arabskiej i tragakanty, słowem mieszaniny, która się rozpuszcza z łatwością oddając błonie śluzowej dany środek leczniczy. Inni zwalają brak działania powyższych leków na domieszkę tłuszczu w pręcikach, jak Klien lub Zugleson, który do sposobu podanego przez Almkwista dodaje półstałą masę, by lepiej wnikała w zagłębienia śluzówki. Leczenie pręcikami nie jest jednak tak niewinne, jak się zdaje, ponieważ pręciki nieco twardsze przechodząc z trudem przez szyjkę, przesuwać mogą przed sobą materjał zakaźny ku górze (Köhler).

Menge poleca wytarcie wnętrza macicy przy pomocy sondy z twardej gumy zanurzonej w formolu.

Bucura postępuje b. ostrożnie: zamiast strzykawki Brauna używa Rekorda, za nasadkę zaś stosuje zamiast igły cienkiego cewnika moczowodowego, który łatwo można wprowadzić do macicy bez konieczności rozszerzania najwęższego nawet kanału szyjki. Wprowadza on do wnętrza macicy protargol lub błękit metylowy.

Haendl poleca tamponadę macicy zapomocą cholevalu.

Salomon jednakże przestrzega przed tamponadą, ponieważ niejednokrotnie spostrzegał w następstwie tego sposobu leczenia powikłania w postaci zajęcia jajowodów oraz przymacicza.

Leszczyński leczy wnętrze macicy miejscowo uodparniając równocześnie ustrój systematycznem wstrzykiwaniem szczepionki rzeżączkowej. Podobnie zadowalniające wyniki leczenia podaje Naujoks z kliniki Wintera, po leczeniu miejscowem oraz wstrzykiwaniu szczepionki świeżej stosowanej według przepisów Zoesera.

Autorowie amerykańscy oraz angielscy stosują z dobrym skutkiem surowicę owiec uodparnianych hodowlą zabitych dwoinek rzeżączkowych.

Przechodzimy z koleji do leczenia rzeżączki przydatków.

Zrozumiałem jest, że o leczeniu miejscowem schorzenia nie może być mowy, ponieważ nie jesteśmy w stanie zadziałać bezpośrednio na zarazki zamknięte w otorbionych ropniach jajnikowo-jajowodowych. W czasie ostrego zakażenia zaleca się bezwzględny spokój na przeciąg 4—6-ciu tygodni, dopóki nie ustąpią objawy ostre, w postaci gorączki, oraz bólów. Dwoinki rzeżączkowe obecne w jajowodach szybko obumierają w ropie pod wpływem własnych produktów przemiany materji. Proces chorobowy wcześnie by się uśmierzył, gdyby nie częsty nawrót choroby dzięki obecności ogniska czynnego w szyji macicy, skąd ciągle postępują ku górze nowe ataki zakażenia. Dlatego stosuje się w każdym przypadku zajęcia przydatków, środki przeciwzapalne oraz resorbentia — aby powstrzymać dalsze postępowanie procesu chorobowego; dopiero znacznie później można wszcząć leczenie swoiste szczepionkami, a jeszcze później leczenie miejscowe ze wszystkiemi możliwemi ostrożnościami.

W klinice położniczej lwowskiej od szeregu lat robiliśmy doświadczenia niemal ze wszystkimi sposobami, jakie wyżej wymieniłam i przyszliśmy do przekonania, że najlepsze jeszcze wyniki daje leczenie następujące:

W przypadkach przewlekłych, rzadziej podostrych — bo z tymi głównie w ambulatorjum kliniki się spotykamy —

stosujemy środki resorbcyjne (w postaci aparatu elektrycznego Polana, gorących przestrzykiwań pochwy odwarem rumianku, gorących nasiadówek z kory dębowej, czopków thigenolowych oraz kolumnizacji pochwy). Celem skrócenia czasu leczenia wstrzykiwaliśmy do niedawna środki nieswoiste, jak terpentyna, mleko, propidon. By działanie resorbcyjne wzmocnić stosujemy dziś równocześnie leczenie swoisto-nieswoiste w postaci szczepionki rzeżączkowej własnego wyrobu; wyniki jak dotychczas mieliśmy zupełnie zadowalające, o czem dokładniej miałam sposobność mówić w kwietniu r. 1923 na Zjeździe ginekologów w Warszawie.

Dopiero po zupełnem wyleczeniu zmian w przydatkach (gdy w wydzielinie po kilkakrotnem badaniu nie spotykamy już dwoinek rzeżączkowych) w razie uporczywego utrzymywania się upławów przystępujemy dosyć rzadko do ostrożnego leczenia macicy, uważając nieżyt za wtórny i nieswoisty. Zapomocą sondy Saengera owiniętej watą wprowadzamy do wnętrza lapis (2%) lub *Ol. Eucalipti*, który zmniejsza wydzielanie błony śluzowej już po 2—3-krotnem pędzlowaniu. Sonda Saengera jest znacznie bezpieczniejszą od Playfaira, ponieważ jest zrobioną z materjału miękkiego i łatwo daje się wyginać wchodząc w odpowiednim kierunku, co ma ważne znaczenie zwłaszcza przy nieprawidłowościach w ułożeniu macicy.

Do prowokacji używamy śródmięśniowo szczepionki lub stosujemy miejscowo lugol w rozcieńczeniu 1:5. Pozatem sporządzamy preparaty przez kilka miesięcy po każdorazowej miesiączce.

Na zakończenie dodam parę słów o leczeniu rzeżączki podczas ciąży. Tu musimy zrezygnować z energiczniejszego leczenia wskutek zwiększonej wrażliwości śluzówki oraz obawy propagacji. Zabiegi wewnątrz szyjki grożą poronieniem względnie przedwczesnym porodem. Jedynym czynnikiem zwalczającym proces chorobowy będą w tych przypadkach przepłukiwania pochwy, chociaż z tem musimy być ostrożni u wieloródek z ziejącem ujściem. To też nie liczymy się z ewentualnością wyleczenia zakażenia podczas ciąży. Połóg jest najbardziej niebezpiecznym ze względu na możliwość postępowania zakażenia ku górze, wobec czego jesteśmy bezbronni.

Profilaktycznie należy unikać wszelkiego dotykania narządów rodnych oraz polecić leżenie w łóżku na przeciąg kilku tygodni. W czasie porodu zaś nie badamy takiej osoby, o ile nie zajdzie po temu konieczna potrzeba. Nieco więcej spodziewamy się uzyskać przez leczenie szczepionką.

W przypadkach uporczywych, gdzie mimo leczenie zbyt stare i rozległe zmiany anatomiczne nie ustępują i dokuczają chorej, stale operujemy i to radykalnie usuwając doszczętnie nietylko chore przydatki, ale i całą macicę.

Nowe środki lecznicze oraz modyfikacje techniki nie poprowadzą daleko: są one w stanie zniszczyć zarazka będącego na powierzchni śluzówki; wszystkie razem są niepewne przy leczeniu w głębi uczyłków śluzówki. Rokowanie w leczeniu ambulatoryjnem nie zapowiada się świetnie wskutek niecierpliwości chorej, oraz nie przestrzegania wskazówek lekarza. Z drugiej strony brak nam jeszcze dokładnej znajomości warunków rozwoju oraz wzrostu różnych rodzajów oraz odmian zarazka rzeżączkowego.

Badania nowsze nad biologją tego zarazka są może, bardziej powołane do zwalczenia pessymizmu, jaki się u nas zakorzenił w leczeniu rzeżączki.

Przegląd piśmiennictwa.

International Clinics (Philadelphia).

T. 34. 1924.

J. E. Sweet. **Pęcherzyk żółciowy, jego przeszłość, teraźniejszość i przyszłość.** Studjum nad embrjologją, anatomją i fizjologją pęcherzyka upoważnia autora do poglądów odmiennych od tego, co o tym narządzie dotychczas sądzono. Pęcherzyk rozwija się samodzielnie z grupy komórek, która daje także początek wątrobie i trzustce. Położenie pęcherzyka najniżej w całym układzie dróg żółciowych oraz obecność dwu zastawek u wylotu powodują, że napełnianie się idzie łatwo, zaś opróżnianie się trudno. Uchyłki ścienne w śluzówce dróg żółciowych mają zupełnie tę samą budowę co pęcherzyk i nieraz przerastają u osobników z wyciętym pęcherzykiem żółciowym. Silne unaczynienie krwionośne i limfatyczne ścian pęcherzyka oraz wyżej wspomniane cechy embrjologiczne i morfotyczne pozwalają przypuszczać, że żółć ulega w pęcherzyku przedewszystkiem wessaniu. Ta rola pęcherzyka ma pierwszorzędne znaczenie w gospodarce cholesteryny. *J. R.*

Therapie der Gegenwart.

Nr. 7. 1924.

Neukirch. **»Verodigen« nowy lek nasercowy.** Otrzymana przez Krafta z liści naparstnicy Gitalina bywa pod nazwą Verodigen'u stosowana w leczeniu niedomogi sercowej najrozmaitszego pochodzenia. Zwykła postać stosowania: 3 razy dziennie po 0,8 mg. Szczególnie podkreśla autor doskonałą przyswajalność preparatu, jakoteż szybkie działanie jego, co zwłaszcza rzuca się w oczy w chorobach, w przebiegu których stała nieprawidłowość przemawia za schorzeniem pęczków przewodnich. Dalszą wybitną zaletę tego leku stanowi to, że nigdy nie występowało szkodliwe działanie kumulacyjne. *S. N.*

Surgery. Gynecology and Obstrtrics.

Nr. 1. — Vol. XXXVIII. — January 1924.

B. Corbus i O. Conor. **O leczeniu endocervicitis gonorrhoica ciepłem.** Metoda leczenia rzeżączki szyjki przy pomocy ciepłych elektrod jest zdaniem autora bardziej obiecującą od innych dotychczasowych sposobów stosowania ciepła. Technika leczenia polega na tem, że elektrodę dużą obojętną umieszcza się ponad spojeniem łonowem, elektrodę czynną wprowadza się w odpowiednim wzierniku do szyjki macicy. Ciepłotę wewnątrz czynnej elektrody kontroluje się termometrem w niej umieszczonym. Gdy ciepłota doszła do 47° C — prąd się ustala. Ciepłotę tak wysoką utrzymuje się w szyjce przez 30—40 minut. Zabieg ten powtarza się co 10 dni. Chore znoszą go dobrze — nie odczuwając przytem żadnego bólu. Unikać należy jedynie blizn i zwężeń szyjki. Autor stosuje opisany sposób od 4-ech lat — z wynikiem zupełnego wyleczenia przez przeciąg dwu do czteroletniej obserwacji.

N. 2.

O. Polak i G. Phelau. **Placenta accreta; patogeneza oraz leczenie.** Łożysko przyrośnięte jest zjawiskiem b. rzadkiem. Zdarza się raz na 6.000 przypadków. Należy odróżnić zwykłe zrosty łożyskowe od prawdziwego przyrośnięcia łożyska. Łożysko przyrośnięte jest to ściśle zdefinjowana jednostka chorobowa. Ręczne wyjęcie łożyska jest w tych przypadkach niemożliwe i prowadzi ono jedynie do krwotoków śmiertelnych, zakażenia albo przebicia. Każde opóźnianie się w odklejaniu łożyska bez towarzyszącego krwawienia winno być podejrzane! Jeśli brak klinicznych objawów odklejania — przeciwwskazanie do zabiegu Credègo. W razie skonstatowania przyrośnięcia łożyska bez równoczesnego krwawienia — należy zbadać w uśpieniu, aby wykluczyć zrosty łożyskowe i ustalić rozpoznanie. Jeśli badaniem wewnętrznem nie udało się odnaleźć linji granicznej między łożyskiem a ścianą macicy należy wykonać hysterektomję. Przyczyną *placenta accreta* jest brak błony doczesnej. W wywiadach często spotkać się można z przebytem ręcznem wyjęciem łożyska przy poprzednich porodach.

W. Scharpe i S. Machaire. **O krwotokach wewnątrz-czaszkowych u noworodków.** Krwotoki wewnątrz-czaszkowe zdarzają się znacznie częściej — niż dotychczas przypuszczano. W dwu serjach przypadków po 100 porodów zauważył autor raz 9% — drugi raz 13%. Przypadki nierozpoznanych krwotoków lżejszego stopnia wychodzą później na światło dzienne w postaci porażenia spastycznego z upośledzeniem umysłu. Należy odróżnić cerebralne, spastyczne porażenie od choroby Littla. Autor zadał sobie trud celem wykrycia przeoczonych krwotoków oraz oraz wykazania częstości tychże — wykonywał punkcję lędźwiową na sekcj

100 płodów — w 24—48 godzin po porodzie. Niskie kleszcze i kiła nie wpływają często na powstanie krwotoków śródczaszkowych. Również nie znalazł on związku pomiędzy częstością krwotoków a czasem krzepnięcia krwi. W przypadkach, gdzie brak wstrząsu jako pierwszego objawu krwotoku — okazała się punkcja lędźwiowa jako bardzo dzielny czynnik rozpoznawczy i leczniczy. W przypadkach dużych krwotoków zapobiega punkcja lędźwiowa wzrastającemu obrzękowi mózgu oraz ciśnieniu wewnątrz-czaszkowemu. Powtarzana kilkakrotnie w przeciągu 6—24-h ułatwia resorbcję nagromadzonej krwi. W przypadkach, gdzie punkcja zawodzi, należy wykonać natychmiastową trepanację.

E. Edwards. **Lymphaticostomia w zakażeniach połogowych.** W przeważającej ilości przypadków wędruje zakażenie połogowe drogami naczyń chłonnych. Dowodem tego jest odkrycie drobnoustrojów tego samego typu, tak w szyjce macicy, jak i w płynie z *ductus thoracicus*. *Lymphaticostomia* jest zabiegiem nieszkodliwym. Po przecięciu skóry wzdłuż tylnego brzegu m. *sterno-cleido-mastoideus* po stronie lewej odpreparowuje się na tępo *ductus thoracicus*, który leży bardziej medialnie od *v. iugularis interna*, poczem otwiera się przewód i sączkuje sposobem Costania. Sączkowanie przewodu poprawia stan ogólny w przypadkach *toxaemii* i w połączeniu z innemi zabiegami (dożylne wlewanie cukru gronowego, transfuzja) okazuje się zabiegiem b. użytecznym w leczeniu zakażenia połogowego. W związku z tem opisuje autor przypadek ciężkiego zakażenia połogowego wyleczony sączkowaniem *ductus thoracicus*. W przypadku tym wykazał obecność dwoinek *pneumoccus* w szyjce macicy i w *ductus thoracicus*.

O. Steiner. **Abdominoskopja.** Wprowadzenie gazu do jamy brzusznej nietylko ułatwiło możliwość endoskopji jamy brzusznej wogóle, lecz także dało możność oglądania bardzo przejrzystych obrazów. Abdominoskop wprowadza się przez *troicart* zapomocą punkcji jamy brzusznej mniej więcej w okolicy pępka. Punkcję wykonuje się przez skurczony mięsień prosty, ażeby o ile możności mieć otwór szczelny dla powietrza. O ile mięśnie są w stanie zwiotczenia poleca autor zrobić punkcję w pozycji siedzącej. Metoda nie jest ani trudna, ani niebezpieczna. Punkcję wykonuje się w znieczuleniu miejscowem. Wziernikowanie jamy brzusznej daje możność oglądnięcia golem okiem wszystkich narządów. Pomocnem w uzyskaniu dokładnych obrazów jest wprowadzenie powietrza przez wziernik jako zabieg wstępny. Koniec wziernika jest ruchomy naokoło osi poprzecznej, tak, że przesuwając nim można dotykać powierzchni narządów i posługiwać się nim jako sondą (n. p. w przyp. kamicy żółciowej). Przez zmiany w ułożeniu chorego ogląda się kolejno różne narządy. Wziernikowanie daje możność w przypadkach trudnych rozpoznania łatwego i pewnego. Jest ono dla jamy brzusznej tem, czem cystoskop dla pęcherza.

Nr. 3.

J. Sampsar. **O dobrotliwych i złośliwych przerzutach (»implant«) na otrzewnej i ich związku z guzami jajnika.** W obszernej pracy ozdobionej 4-ma barwnemi tablicami oraz wielką ilością dokładnych fotografji preparatów histologicznych dochodzi autor do następujących wniosków: Często zdarza się wszczepienie tkanki endometrium na powierzchni narządów miednicy małej. W 296 laparotomjach wykonanych w przeciągu roku zaobserwował autor 64 razy przybłonek bł. śluzowej macicy wszczepiony w otrzewną. Gdziekolwiek przybłonek się wszczepia na powierzchni otrzewnej wrasta później w głąb tkanki. Wszczepy (»implants«) reagują podczas miesiączki, odrzucają z pomiędzy siebie przybłonek, który daje powtórne wszczepienia, Wszczepy otrzewnowe są drobne, rosną powoli lecz okolicznościowo mogą się stać agresywne. Przybłonek bł. śluzowej macicy, który się wszczepił w jajnik jest bardziej czynny, niż wszczepy otrzewnowe, wskutek czego przychodzi autor do przekonania, że jajnik jest dla nich podatnym gruntem. Wszczepy jajnikowe zamieniają się z czasem w torbiele jajnikowe *(»menstruating ovarien cysts«)*, które dochodzą do średnicy kilku centymetrów.

Wszczepy opisane powstają z przybłonka endometrium, który podczas miesiączki odrywa się z prądem krwi i przez skurcze trąbek przedostaje się się do jamy otrzewnowej. Na szeregu przypadków podczas otwarcia jamy otrzewnowej mógł się autor przekonać o prawdziwości swego twierdzenia.

Podwiązywał mianowicie trąbki, a po wycięciu macicy oraz trąbek badał dokładnie zawartość tychże. We większości przypadków udało mu się stwierdzić obecność przybłonka endometrium w trąbce. Lecz nietylko strzępki przybłonka macicznego, normalnego odrywają się i przez trąbki przedostają do jamy otrzewnowej — dzieje się to także z tkanką nowotworów złośliwych usadowionych w ciele macicy. Dzieje się to zwłaszcza po rękoczynach wykonanych na macicy, więc najczęściej po skrobankach próbnych celem stwierdzenia nowotworu, a nawet po zwykłem dwuręcznem badaniu. Aby zapobiec wtórnemu wszczepieniu nowotworu na narządy miednicy małej postępuje autor następująco: W przypadkach podejrzanych raka macicy bada b. delikatnie. Nie wykonuje skrobanki próbnej, chyba tam, gdzie rozpoznanie jest trudne, i to jak najlżej. Nie należy wprowadzać do macicy radu, ponieważ wzmaga się przez to ciśnienie wśródmaciczne i ułatwia się tem samem przedostawanie tkanki nowotworowej do trąbek. Podczas operacji podwiązuje autor starannie trąbki w końcu obwodowym, naczynia jajnikowe, więzadło obłe oraz naczynia macicy, dopiero potem przystępuje do preparowania. Pochwę należy zamknąć poniżej części pochwowej zapomocą specjalnych kleszczyków, a przed otwarciem jej późniejszem przepłukać należycie z resztek zalegających, które się podczas operacji przedostały z macicy.

V. Z. Estes. **Przeszczepianie jajników.** Autor podaje dowcipny sposób przeszczepienia części jajnika w okolicę rogu macicy w miejsce, gdzie przypada przewód jajowodu. Wykonuje przeszczepienie w przypadkach, gdzie wskutek zmian chorobowych wycina się oba przydatki z pozostawieniem części zdrowej jednego z jajników, oraz macicy. Miesiączka utrzymuje się nadal o typie prawidłowym. Także miał autor przypadki ciąży po opisanym zabiegu i w 4-ch przypadkach t. j. 15%. W 2-ch przypadkach wystąpiło poronienie w 3-cim miesiącu ciąży. Zabieg znosiły chore przeważnie dobrze. *Hellerówna* (Lwów).

Revué d'Orthopédie.

Nr. 4. 1924.

Feil, Roland i Vanbockstael. **Ludzie bez szyji.** Ze wszystkich odcinków kręgosłupa odcinek szyjny należy do najstalszych pod względem ilości składających się nań kręgów tak w rodzaju ludzkim, jak i wogóle u ssaków. Częstsze za to są nieprawidłowości rozwojowe, którym towarzyszą różne zmiany w samych kręgach. Do tych ostatnich należy zespół objawów, opisany przez Klippela i Feila pod nazwą: »redukcja liczbowa kręgów szyjnych« lub »ludzie bez szyji«. Poza samą redukcją liczbową ma się w odnośnych przypadkach do czynienia z innemi zmianami w kręgach, n. p. zrost częściowy lub całkowity kręgów szyjnych, zanik i zapadanie się trzonów, obecność kręgów połowicznych, rozszczepienie kręgosłupa i t. d. Pierwszy taki przypadek został bardzo dokładnie opisany przez Klippela i Feila w 1912 r.

Pod względem anatomicznym omawiany zespół objawów cechują następujące momenty: 1) redukcja liczbowa kręgów szyjnych i ich zapadnięcie się, 2) rozszczepienie odcinka szyjnego kręgosłupa i 3) istnienie klatki piersiowej szyjnej. Klinicznie stwierdza się: 1) krótkość szyji, uzasadniająca nazwę »ludzi bez szyji«, głowa bowiem zdaje się wprost spoczywać na tułowiu, 2) ograniczenie ruchów głowy i 3) nisko schodzące owłosienie głowy: włosy pokrywają cały kark i skierowują się nawet na grzbiet.

Brak jakichkolwiek bólów i zaburzeń nerwowych, oraz wrodzoność tych objawów są momentami rozstrzygającemi w rozpoznaniu różniczkowem z gruźlicą kręgów szyjnych.

Od czasu publikacji Klippel-Feil'a opisano już około 30 odnośnych przypadków.

Autorowie opisują swój przypadek. Formułka kręgosłupa przedstawia się tutaj w następujący sposób: 5 lub 6 C (obrotowy krąg zrośnięty z 3-im szyjnym, 3 ostatnie kręgi szyjne zapadnięte i zrośnięte pomiędzy sobą) + II D (3 pierwsze

kręgi szyjne zapadnięte i zrośnięte) + 6 L + *Sacrum et cocyg*. Triada Klippel-Feil'a bardzo wyraźna. Stwierdzono również obecność innych zboczeń rozwojowych, a mianowicie wysokie ustawienie łopatki z towarzyszącemi temu cierpieniu objawami, zaburzenie rozwojowe serca w postaci choroby Roger'a, rozszczepienie kręgosłupa szyjnego i asymetrja twarzy.

Etjologja zespołu objawów Klippel-Feil'a jest niewyjaśniona. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jest to cierpienie wrodzone. Zakaźne zapalenie kręgosłupa z okresu wczesnego dzieciństwa, o którem wspomina Guillain, może odgrywać tu pewną rolę, ale w tym tylko znaczeniu, że umiejscawiając się w miejscu zboczenia rozwojowego, może ono pogorszyć już istniejące zmiany.

Z. Stankiewicz.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie święci 7. b. m. 50-letnią rocznicę swego założenia. W ciągu tego czasu położyło ono dla nauki polskiej i doskonalenia wykonawstwa sztuki lekarskiej wielkie zasługi, pracując bez przerwy, mimo kataklizmów dziejowych, jakie ten okres czasu przynosił po koleji. Zasłużonemu Towarzystwu składa redakcja P. G. L. życzenia dalszego, szczęśliwego rozkwitu.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

»Serovac« Wytwórnia Surowic i Szczepionek, pragnąc przyczynić się skromnym datkiem do poparcia pracy naukowej w szpitalu państw. Lwowskim, ofiarowuje 100 zł., jako nagrodę za najlepszą pracę ogłoszoną na posiedzeniach Koła lekarzy szpitalnych. Sąd konkursowy stanowić będą prymarjusze (wzgl. komisja trzech, wybrana przez grono prymarjuszy tamtejszego szpitala (pod przewodnictwem Dyrektora szpitala). Do sądu deleguje »Serovac« swego przedstawiciela z głosem doradczym. Sąd ocenia nieskrępowanie, która praca, czy też referat przedstawia jaknajwiększą wartość naukową i przyzna nagrodę w całości, lub też ją rozdzieli wedle swego uznania. Konkursowi podlegają wyłącznie prace lekarzy i lekarek, bez względu na to, czy pracują w szpitalu, czy też nie. Pierwszeństwo do nagrody mają ci, którzy obowiązek służby wojskowej w czasie wojny spełnili.